

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène-Félix-Joseph CORNU

Né à Tatinghem (Pas-de-Calais).

DE L'AGRANDISSEMENT DU DIAMÈTRE BIS-ISCHIATIQUE

DANS LES

ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

DES DÉTROITS MOYEN ET INFÉRIEUR

PAR LA

POSITION DE LA TAILLE COMPLÉTÉE PAR L'EXTENSION DES JAMBES

Président : M. PAUL BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TESSIER
Anatomie pathologique.	X.
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE M. L'ABBÉ MASSON

Vous avez guidé nos jeunes pas dans la voie du devoir et de l'honnêteté, vous nous avez donné nos premières leçons, nous conserverons de vous, avec le regret de ne plus vous posséder, un impérissable souvenir.

A MON PÈRE BIEN-AIMÉ

A MA MÈRE CHÉRIE

Vous avez eu bien des soucis, vous vous êtes imposé bien des sacrifices, veuillez accepter ce modeste travail en témoignage de ma plus vive reconnaissance.

A MONSIEUR ET MADAME DEMILLEVILLE

Il est de notre devoir de vous exprimer au début de notre thèse tous nos remerciements.

Vous avez été pour nous, et vous continuez à être une seconde famille, un second toit, où l'on est sûr de trouver, à toute heure, une franche et cordiale hospitalité. Merci.

A MONSIEUR ET MADAME YARDIN-DANZEL

Vous avez eu pour nous tous les égards. Jamais nous ne vous dirons assez, combien est vive et sincère, notre reconnaissance.

A MONSIEUR TYL

Commandant à la Garde républicaine

Vous nous connaissiez à peine. Spontanément vous avez bien voulu vous intéresser à nous. Nous vous disons merci.

A MONSIEUR LEXA

Capitaine à la Garde républicaine

Le même merci s'adresse à vous, pour toutes les bontés que vous avez eues pour nous.

A M. LE DOCTEUR VICTOR MOREL

Député du Pas-de-Calais
Maire de Campagne-lès-Hesdin

Vous nous avez toujours réservé le plus gracieux accueil. Toute notre reconnaissance vous est acquise.

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

A MON MAITRE
M. LE DOCTEUR MOULONGUET

Directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens.

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEUGNIEZ

Directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Directeur de l'École de Médecine d'Amiens

Professeur de Clinique obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUCHET

Professeur suppléant de Clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR JEAN BERNARD

Professeur de Clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABARRIÈRE

Professeur d'Anatomie à l'École de Médecine d'Amiens

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ET EN PARTICULIER DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY
Médecin de l'Hôpital Laënnec

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR
Accoucheur de la Clinique Tarnier

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI
Chirurgien de l'Hôpital Broca

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARFAN
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD
Accoucheur de la Clinique Beaudelocque

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Vous nous avez fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse. Nous vous prions de bien vouloir
agréer l'assurance de notre vive et sin-
cère reconnaissance.*

DE L'AGRANDISSEMENT DU DIAMÈTRE BIS-ISCHIATIQUE
DANS LES
ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES
DES DÉTROITS MOYEN ET INFÉRIEUR

PAR LA
POSITION DE LA TAILLE COMPLÉTÉE PAR L'EXTENSION DES JAMBES

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Chers parents, notre premier mot est pour vous. Il ne faut pas être un profond psychologue pour analyser les sentiments qui vous ont toujours animés en ce qui nous concerne.

Depuis le berceau jusqu'à ce jour, vous avez été d'une sollicitude à nulle autre pareille, nous avons été pour vous un continuel sujet de soucis. Notre santé délicate des premières années vous a fait passer des moments bien pénibles ; grâce à vos soins éclairés nous vivons, et nous voulons vivre pour vous dire perpétuellement merci et tâcher de vous rendre tout ce que vous avez fait pour nous.

Vous avez été bons, mais sans faiblesse ; quand il fallut nous séparer pour entrer au collège, vous nous avez caché vos pleurs.

Nous sommes bien certain que tous les 1^{ers} octobre, vers 7 heures du soir, quand la cloche du pensionnat disait aux parents d'embrasser leurs enfants, aux collégiens d'oublier leurs vacances, vous aviez le cœur gros et c'est en pleurant que vous vous rendiez à la gare ; une fois rentrés, vous trouviez le foyer plus désert, moins bien éclairé et vous continuiez à pleurer.

Après de longues années de collège, nous n'étions qu'à moitié chemin de la route que nous nous étions tracée. Nous avions notre itinéraire, c'est vrai ; mais quand on suit une route est-on jamais sûr de n'y point rencontrer un ravin, une pierre, qui vous immobiliseront plus ou moins longtemps ?

Nous voulions conquérir notre P. C. N., et nos deux premiers examens de doctorat à Amiens, et de là partir achever à Paris, on verra par la suite que nous n'avons pas dévié. La route était ardue, mais nous avons trouvé sur elle de bons amis. Ils ont été pour nous ce que sont pour les marins le phare ; pour les excursionnistes, le guide. Nous nous sommes fait un devoir de les en remercier et nous le renouvelons chaleureusement.

Notre première année (externat, 1906-1907) se passa dans le service de M. le Dr Moulonguet. Nous avons appris à ses côtés tout ce qu'on était en droit d'attendre de la chirurgie ; il nous la fit aimer.

Notre seconde année (externat, 1907-1908) se

passa aux côtés de M. le Dr Jean Bernard. Chaque matin nous nous rencontrions au chevet des malheureux, on y discutait les diagnostics et pronostics. Avec ce bon maître nous avons appris l'auscultation, le sens clinique et les premiers rudiments de la thérapeutique. De temps en temps, dans ce service, M. le Dr Braillon nous initiait à fouiller les symptômes, à éliminer tous ceux qui ne cadrent pas avec un diagnostic précis, à garder les autres pour les mettre en relief. C'est un maître sympathique.

A l'hôpital Saint-Céran, M. le Dr Boussavit nous initia à la chirurgie infantile.

A la maternité, M. le Dr Fournier était pour nous un père, nous l'en remercions.

Nous remercions aussi tout particulièrement M. le Dr Labarrière, notre bon professeur d'anatomie, M. le Dr Julien qui guidait notre bistouri à l'amphithéâtre ; il nous familiarisa avec le cadavre, avec l'étude du corps humain, nous répétant sans cesse que tout le secret de la chirurgie réside dans la connaissance parfaite des organes.

M. le Dr Jeunet comme chef de clinique médicale, ne nous a jamais ménagé ni son temps ni ses conseils, nous lui disons toute notre gratitude.

Les limites de cet ouvrage sont trop restreintes pour causer longuement de tous nos maîtres. Rappelons simplement leurs noms.

Moynier de Villepoix (botanique), Pancier et Sauné (chimie), Blin, Pointelin (physique médicale),

Hautefeuille (zoologie), Courtellemont, Pruvost (anatomie), d'Hardiviller (histologie).

A notre arrivée à Paris, le service du Dr Walther à l'hôpital de la Pitié fut notre première école. Nous avons pu, auprès de ce maître, compléter ce que le Dr Moulonguet avait si bien entrepris. Que M. le Dr Walther veuille bien accepter nos remerciements, car il n'a fait que fortifier en nous l'amour de la chirurgie.

Nous sommes allé ensuite finir notre stage de médecine dans le service du Dr Bourcy, à l'hôpital Laënnec.

C'est de tous nos maîtres celui dont nous ayons conservé le meilleur souvenir. Son ton affable, sa douceur, son air paternel nous plaisaient tellement, que nous n'aurions voulu, pour rien au monde, faire l'école buissonnière dans la crainte de lui faire de la peine. Nous ne l'oublierons jamais.

A la clinique Tarnier, où nous sommes resté pendant tout notre stage d'accouchement, M. le professeur Bar nous familiarisa, en dehors des cas normaux, avec ce grand chapitre de la dystocie : dystocie molle et surtout dystocie osseuse. C'est dans son service qu'il nous a été donné d'assister à des opérations césariennes, à des basiotripsies, etc. Sa façon si claire de présenter les cas, nous fit nous attacher plus particulièrement à l'obstétrique. La dystocie osseuse eut nos préférences, et c'est d'elle qu'est tiré le sujet de notre thèse.

Notre séjour à la clinique Tarnier a été rendu plus agréable par la présence de M. le Dr Devraigne, chef de clinique, qui n'a cessé de s'intéresser à nous. C'est du reste lui qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous l'en remercions.

Il nous restait à choisir dans quel service de spécialités nous allions terminer nos stages. Tout épris de cet art des accouchements que M. le professeur Bar nous avait fait entrevoir si net, nous nous sommes décidé pour les maladies des femmes, et nous nous sommes rendu dans le service de M. le professeur Pozzi à l'hôpital Broca. Là encore, M. le chef de clinique Bender et M. le Dr Jayle furent deux guides précieux, deux maîtres dévoués. C'est là que nous eûmes la bonne fortune de rencontrer M. le Dr Luys un maître dans les voies urinaires. Il nous plaît de lui dire ici toute l'estime que nous avons pour lui et son précieux enseignement.

Voilà nos stages terminés. M. le Dr Bilhaut nous accepta comme interne dans son service de l'hôpital International (1910-1911-1912). En dehors de la chirurgie et de la gynécologie, nous avons appris à ses côtés les secrets de l'orthopédie ; c'est par centaines que nous vîmes de malheureux enfants coxalgiques ou pottiques. Avec le secours des rayons X dont nous étions spécialement chargé, il nous a été donné de préciser maints endroits de fractures que la clinique ne nous laissait que deviner, la radiographie

étant l'auxiliaire indispensable de la chirurgie.

M. le Dr Lacaze, dans son service d'oto-rhinolaryngologie, M. le Dr Frébault ont été avec nous d'une prévenance et d'une gentillesse toute particulières, dont nous leur sommes très reconnaissant.

A tous, en terminant, nous adressons nos sincères remerciements.

CHAPITRE II

INTRODUCTION

Dans une leçon magistrale de rentrée faite le 8 novembre 1910 à la clinique Tarnier, sur « l'évolution de l'obstétrique en France », notre maître M. le professeur Bar disait : « Il semble à beaucoup que l'obstétrique soit à une de ces époques (de transition) un mouvement, dont il est impossible de contester la puissance, et qui entraîne les obstétriciens à substituer, dans nombre de cas à nos vieilles interventions, les opérations à allure chirurgicale.

» Après avoir passé en revue les diverses doctrines qui ont régné en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, M. Bar démontre qu'actuellement, grâce à l'introduction des doctrines pastoriennes dans la pratique obstétricale, grâce aussi aux perfectionnements apportés à la technique opératoire, « l'obstétrique a bénéficié, et dans une large mesure, de cette marche en avant (chirurgicale) si rapide, qu'au premier abord elle confond l'esprit. » Il le prouve par des faits et conclut : « Ces exemples que j'ai faits nombreux et que

j'aurais pu multiplier encore, prouvent qu'il y a vraiment en obstétrique une évolution chirurgicale, et que cette évolution a une importance dont il est impossible de méconnaître la grandeur. »

Et plus loin, M. Bar reconnaissant que les praticiens ne peuvent pratiquer au domicile des parturientes des opérations telles que la pubiotomie, la césarienne classique, dit à ses élèves : « Vous serez obligés, pendant de longues années encore et pour éviter de graves échecs, de recourir à des interventions autres que celles que vous aurez vu pratiquer dans les cliniques. Cette obligation, reconnue par tous les esprits sages, a fait dire qu'à côté de l'obstétrique opératoire réservée aux cliniques, il en existait une autre, celle des praticiens. »

C'est précisément la hantise de la dystocie pelvienne, et la crainte alors justifiée des opérations obstétricales à allure chirurgicale qui avaient créé en France depuis Paul Dubois, en passant par Tarnier et Budin, le mouvement en faveur de l'accouchement prématuré provoqué, opération facile à faire pour les praticiens. Les mêmes causes avaient, tant en France qu'à l'étranger, nous y reviendrons, poussé les accoucheurs mieux armés, par une connaissance plus exacte du bassin et de sa physiologie, à essayer de tourner les difficultés si inhérentes au passage du fœtus au détroit supérieur et au détroit inférieur, en modifiant ces

détroits par des attitudes déterminées à faire prendre aux parturientes.

Or, dans une thèse récente (1911) intitulée : *Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassins rétrécis ?* Desnoues, s'inspirant des idées de M. Bar, conclut : « Depuis dix ans, un mouvement général se dessine contre l'accouchement prématuré provoqué, on s'en détache de plus en plus dans les cas de bassins rétrécis. Ce détachement est dû :

» 1° A une plus grande confiance dans la terminaison spontanée de l'accouchement chez les femmes ayant un bassin rétréci ;

» 2° Aux résultats sans cesse meilleurs des opérations à allure chirurgicale et en particulier de l'opération césarienne.

» L'accouchement prématuré provoqué, ne conserve désormais que des indications restreintes. »

En effet, en octobre 1910, un autre élève de M. Bar, Marioton, publiait dans *l'Obstétrique* une excellente étude statistique sur l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, dans laquelle il démontrait que chez une femme ayant un bassin de plus de 9 centimètres de promonto-pubien minimum, on est en droit de compter sur la terminaison spontanée de l'accouchement ; elle se produit, en considérant en bloc tous les accouchements prématurés ou non dans 80 o/o des cas, quel que soit le poids de l'enfant,

Les bassins de 8,5 à 9 se rapprochent des précédents. Dans les bassins de 8,1 à 8,5 l'accouchement spontané se produit dans 50 o/o des cas.

Après avoir rappelé que les praticiens, de l'avis des maîtres autorisés, ne pourront en grande partie suivre l'évolution chirurgicale actuelle de l'obstétrique, mais pourront peut-être aller moins volontiers dans de nombreux cas de dystocie pelvienne à l'accouchement prématuré provoqué, soutenus par l'espoir d'un accouchement spontané à terme dans les rétrécissements légers, qui sont de beaucoup les plus fréquents, il nous a paru intéressant d'essayer de résumer ici les principaux travaux ayant en vue de démontrer la possibilité de l'agrandissement du détroit inférieur par une attitude déterminée donnée à la femme lors de l'expulsion.

Si les enthousiasmes qu'avait fait naître la position de Crouzat-Walcher pour l'agrandissement du détroit supérieur dont nous ne nous occuperons pas ici, ont été vite déçus dans la pratique, il n'en est pas de même en ce qui concerne le détroit inférieur. Les recherches de Bonnaire et Bué avaient montré et expliqué les bons résultats de la position dite de Duncan-Laborie. Plus récemment Jonges, Devraigne et Descomps, en modifiant cette position, l'ont rendue plus efficace.

Nous avons surtout en vue ici de confirmer les recherches anatomiques de Devraigne et Descomps sur l'agrandissement du diamètre bis-ischiatique

par la position de la taille complétée par l'extension des jambes, en appuyant ces recherches par 14 observations cliniques inédites, prises dans le service de notre maître M. le professeur Bar, que nous ne saurions trop remercier d'avoir bien voulu nous autoriser à les publier.

CHAPITRE III

HISTORIQUE

Certes, l'idée de mettre la femme dans une attitude déterminée pour favoriser son accouchement n'est pas nouvelle.

Si nous en croyons les témoignages archéologiques, nous voyons en effet que dans l'Inde et l'Égypte antiques, les femmes devaient accoucher agenouillées sur le sol. Un bas-relief du temple de Louqsor nous montre la reine Moutem-ouat, venant d'accoucher, soutenue par les déesses Hat-Hor et assise au-dessus d'un vaste lit ; on peut en déduire que les Égyptiennes accouchaient sur un lit spécial.

Si nous nous en rapportons aux hiéroglyphes et à certains bas-reliefs, les femmes des Hébreux accouchaient accroupies, mais les documents sont insuffisants pour être affirmatifs. En tout cas, la position accroupie qui est celle de la défécation a toujours été considérée dans l'antiquité comme la plus favorable. La pudeur naturelle de la femme lui dicte de cacher ses jambes, d'où la recommandation de ne pas se placer en face de la parturiente de peur de « fermer les passages ». Hippocrate

conseillera surtout de jeter un linge sur les jambes.

D'après un groupe en marbre trouvé à Chypre en 1871, d'après un fronton du Parthénon, la femme est en position assise, à demi-couchée sur une sorte de fauteuil. Il y a donc déjà une chaise spéciale ?

On serait tenté de le croire car, de nos jours, les sages-femmes de l'île de Chypre ne se rendent jamais à un accouchement sans emporter un siège semblable.

Plusieurs médecins grecs parlent de cette chaise à accoucher. Paul d'Égine dira : « Il sera temps de mettre la parturiente sur le fauteuil. »

Les Romaines avaient un lit spécial. Nous lisons dans Prudence :

Jam gravidæ fulcrum geniale paratur.

Nous pourrions causer longuement sur les différentes postures adoptées chez tous les peuples, aussi, n'insisterons-nous pas sur les Musulmans d'Europe, d'Asie et d'Afrique, les Tartares, les Mongols, les Kalmouks, les Chinois, les Japonais, les Siamois, les Annamites, les tribus américaines océaniennes, tous en dehors des postures bizarres et variées qu'ils font prendre aux femmes en couches, s'inspirent de ce principe que l'enfant doit être expulsé de force, d'où ces piétinements sur la région abdominale en grande faveur, surtout chez les Arabes.

Au xvi^e siècle, la chaise obstétricale est en grand usage. Ambroise Paré dit en 1564.

Faut bien situer la femme en un lit, à scavoir non du tout à la renverse ny assise, mais aucunement le dos élevé afin qu'elle puisse mieux respirer et avoir force à mettre l'enfant hors. Davantage faut qu'elle ait les jambes courbées et les talons vers les fesses et les cuisses escartées l'un de l'autre. Aucuns accouchent debout estans appuyées des bras sur le bord du lit ou d'un banc, autres en une chaire propre à cela. L'utilité de cette chaire n'est à mépriser, parce que la femme grosse y est située estant renversée sur le dos de sorte qu'elle a son inspiration et expiration libres : ainsi que l'os sacrum et l'os caudal sont en l'air n'estans aucunement pressez qui fait que les dits os se disjoignent et séparent plus aisément. »

Au xvii^e siècle, Jacques Duval, l'auteur du *Traité des Hermaphrodites*, nous renseigne sur le fameux siège :

Ladicte chaise doit avoir un dossier inclinant à l'envers sur lequel la femme se puisse commodément renverser, pour mieux se reposer au temps qu'elle n'aura ses achées.

Tous les accoucheurs de marque tiennent à imaginer une chaise spéciale pour accouchements et en laissent des descriptions aussi détaillées que prétentieuses.

Mauriceau utilise le lit propre de la parturiente qui prendra le nom de lit de misère.

Au XVIII^e siècle, les idées du grand accoucheur que nous venons de citer dominant et le fauteuil spécial semble tomber en désuétude.

Au XIX^e siècle, c'est bien simple ; la femme accouche dans son lit, dans le décubitus dorsal le plus souvent.

Dans certaines régions de la France, cette position n'est pas admise ; c'est ainsi que nombre de nos Bretonnes accouchent debout, les jambes écartées, le tronc fléchi en avant, les coudes et les mains appuyés sur le rebord du lit. Dans le Gâtinais, les femmes s'agenouillent devant le siège d'une chaise et accouchent dans les cendres chaudes du foyer où la sage-femme prend l'enfant d'où son nom de « ramasseuse ». Dans le Morvan, elles s'accroupissent entre deux chaises qui leur servent d'appui.

Chez nos voisins, aux siècles derniers, les fauteuils ont eu aussi leur vogue.

De nos jours, la pruderie de nos voisines d'outre-Manche veut qu'elles accouchent de préférence couchées sur le côté gauche, on peut peut-être ainsi mieux surveiller le périnée, c'est le seul avantage de cette position.

En Allemagne, c'est la position demi-couchée qui est classique.

En Italie, ce qu'on appelle prétentieusement la position scientifique, c'est l'attitude demi-courbée

sur la poitrine d'un aide. Ce dernier est assis, et la parturiente s'accoude au moment des douleurs tantôt sur les épaules, tantôt sur le devant de la poitrine de celui qui l'assiste.

En Russie, les femmes accouchent volontiers sur les genoux de leurs maris.

D'après tout ce que nous venons de voir, nous sommes obligé d'admettre que de tout temps, chez tous les peuples, la chaise, le fauteuil ou le lit spécial ont joué un grand rôle. On les employait empiriquement, mais ils n'avaient d'autre but que de mettre les femmes dans des attitudes appropriées qui leur permissent de triompher plus facilement des angusties pelviennes. Nous arrivons donc tout naturellement à notre sujet.

CHAPITRE IV

Ce que nous avons rappelé des diverses attitudes chez tous les peuples, prouve que de tout temps on a pensé pouvoir faciliter ainsi le passage de l'enfant. Si nous connaissons bien maintenant, sous l'influence de la grossesse, le ramollissement de toutes les parties molles, le relâchement de tous les ligaments et en particulier de ceux des symphyses du bassin, nos anciens avaient déjà vu nettement le fait. Il y avait dès le xvi^e siècle de grandes discussions pour savoir si, oui ou non, il y avait pendant l'accouchement disjonction des symphyses. Or, Séverin Pineau raconte qu'en 1752, Jacques d'Amboise fit l'autopsie d'une fille récemment accouchée et condamnée à la pendaison. Devant les plus illustres maîtres de l'époque dont Ambroise Paré et Laurent Joubert, il démontra le jeu des symphyses et l'agrandissement possible du bassin sous l'influence du passage de l'enfant. L'expérience était si concluante, qu'Ambroise Paré, enthousiaste : écrivait à ce propos « Qui ne me croira pas, je le renverrai au livre de nature. »

Levret confirme cette notion : « Les fonctions des

os du bassin souffrent quelquefois de distension ou écartement considérable dans les accouchements laborieux ; cet effet arrive peut-être plus souvent en pareil cas qu'on ne l'imagine. Des recherches scrupuleuses faites et répétées sur un très grand nombre de cadavres et différentes observations et remarques recueillies dans ma pratique, m'ont confirmé dans le sentiment que je soutiens. »

Puis, un courant de réaction se fait, et les accoucheurs subissent l'influence de Baudelocque puis de Stoltz, d'après lesquels le bassin doit suffire pour laisser passer l'enfant, mais ne s'ouvre pas. Kilian admet le relâchement des symphyses, mais ne croit pas à l'agrandissement possible du bassin pendant l'accouchement.

Cependant Crédé revient, et avec plus de précision, à l'opinion ancienne, et son avis nous intéresse particulièrement. En effet, il dit : « A ce moment (pendant l'accouchement) le détroit inférieur, grâce à la souplesse des ligaments, s'accroît sur les côtés et en arrière, et en même temps, tout au moins chez les femmes jeunes, la pointe du sacrum peut, grâce à la laxité des jointures sacro-iliaques existant alors, céder et se reporter en arrière, de telle sorte que la partie postérieure du bassin s'agrandit jusqu'à représenter le segment d'un cercle d'un rayon beaucoup plus grand que la partie antérieure. »

Zaglas, en 1851, précise l'anatomie de la sym-

physe sacro-iliaque, et montre que les os iliaques peuvent basculer autour d'un axe transversal traversant le sacrum à hauteur de la deuxième vertèbre sacrée. Duncan, en 1854, se basant sur les recherches de Zaglas, montre que le sacrum bascule autour du même axe pendant que son promontoire s'abaisse en avant, sa pointe recule et dans des proportions plus fortes, le bas du levier sacré étant bien plus grand, d'où agrandissement net du détroit inférieur. Il note cet agrandissement dans la période d'expulsion, quand la femme fléchit les cuisses et élève les jambes, tout en penchant le tronc en avant.

Laborie, en 1862, complète ces notions sur l'agrandissement du détroit inférieur pendant l'expulsion.

« Le mécanisme qui donne lieu à l'ampliation est des plus simples dit-il : toute la résistance se trouve au diamètre transverse ; mais la pression exercée par les forces qui poussent la tête contre les tubérosités ischiatiques est assez puissante pour en opérer l'écartement. Les symphyses sont disjointes par un mouvement de bascule, qui se produit d'autant plus aisément que la force qui le détermine agit à l'extrémité d'un bras de levier très long, représenté par toute la distance qui sépare les ischions des symphyses. Ce levier étant de 128 millimètres entre l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque et la tubérosité ischiatique, un écart de 2 millimètres à la partie infé-

rieure de la symphyse pubienne permet à l'extrémité du levier, c'est-à-dire au diamètre transverse un allongement de près de 2 centimètres, et tout porte à croire que cet allongement doit être encore plus considérable. »

Les vétérinaires connaissent bien ce phénomène chez la vache où, grâce à l'allongement gravidique des ligaments sacro-sciatiques, les os iliaques s'écartent et le sacrum peut basculer dans le sens antéro-postérieur. C'est ce qu'ils expriment en disant que « les vaches se cassent ».

En 1882 Phenomenow admet l'agrandissement possible du diamètre transverse au détroit inférieur, grâce à des tractions excentriques surtout dans les bassins cyphotiques, fait déjà signalé par Moor, en 1865 : ce diamètre peut gagner ainsi 24 millimètres d'après lui.

En 1883, Balandin confirme cette notion.

En 1892, Tarnier et Potocki graduent au dynamomètre ces tractions excentriques faites sur les branches ischio-pubiennes et en démontrent la valeur.

En 1894, Rémy vante les avantages de la position en flexion des cuisses et des jambes, mais y voit surtout une action dynamique.

En 1897, Oscar Schmidt de Moscou écrit : « La position de la taille permet d'accroître le détroit inférieur au maximum. Il n'est pas prouvé directement qu'il s'ensuive un écartement des ischions plus accusé ; cependant, je conclus à un agrandis-

sement de la distance des tubérosités ischiatiques, en m'appuyant sur ce fait clinique connu, que dans la symphyséotomie, quand on veut obtenir un écartement maximum des pubis, on choisit la position de la taille. Bierner a confirmé ce fait clinique sur le cadavre. Le bassin a donc une tendance dans cette position à se tendre transversalement. Malheureusement, il nous manque des chiffres indiquant le degré de mobilité du bassin sur des cadavres de nouvelles accouchées ».

C'est en 1899, au Congrès international d'Amsterdam, que la question est définitivement jugée. Là, en effet, dans un rapport détaillé sur « l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin », Bonnaire et Bué rapportent les résultats de leurs recherches tant sur la position de Crouzat-Walcher, qui ne donne pas ce qu'on avait espéré, que sur la position d'hyperflexion des cuisses, dite encore de la taille périnéale. Ils ont obtenu par mensurations sur le cadavre des chiffres satisfaisants.

En moyenne, ils obtinrent en effet, par la position de la taille, genoux vis-à-vis les épaules, une augmentation de 16 à 18 millimètres dans le diamètre bis-ischiatique.

Nous insistons sur la position de la taille, modifiée de telle sorte que les genoux se trouvent vis-à-vis des épaules; c'est ainsi qu'on obtient l'écartement maximum des tubérosités ischiatiques. En portant les genoux en abduction ou en adduc-

tion, on constate un agrandissement moindre de quelques millimètres (3 à 4 en moyenne) dans cette dernière attitude ; on peut perdre davantage avec la première. La position de la taille la plus favorable n'est autre, en somme, que la position physiologique de la défécation appliquée à l'attitude couchée. C'est dans cette posture que le détroit inférieur s'élargit le plus. Bonnaire avait déjà expliqué, dans *le Traité de Tarnier et Budin*, le mécanisme de l'agrandissement du diamètre bis-ischiatique.

« Les os iliaques subissent, comme le sacrum, et en même temps que cet os, un mouvement de nutation ; l'axe autour duquel se fait cette oscillation par bascule de chacune des deux parois latérales du bassin, est dirigé d'avant en arrière, et s'étend du milieu de l'interligne pubien à l'extrémité correspondante de l'axe de nutation du sacrum. Tandis que la partie supérieure de chacun des os innominés s'incline de dehors en dedans, et que les deux crêtes iliaques se rapprochent l'une de l'autre, la partie inférieure de ces os se déplace en dehors et les deux ischions s'écartent.

« Cette bascule des os coxaux dépend de la forme des surfaces auriculaires de l'articulation sacro-iliaque. Comme l'on peut s'en assurer sur le cadavre, si l'on fait basculer la base du sacrum en avant, on voit simultanément les ailes iliaques se porter en dedans et les ischions en dehors. On exagère ainsi expérimentalement le phénomène

qui se produit dans l'enfance sous l'action de la pesanteur et qui consiste dans l'élargissement du détroit inférieur. »

Bonnaire et Bué donnèrent comme indications de la position de la taille pour agrandir le bis-ischiatique : la dystocie des épaules par gros enfants, les accouchements par le front et surtout les accouchements dans les bassins cyphotiques. Par contre, ils la croient mauvaise dans les occipito-sacrées et les applications de forceps en positions occipito-postérieures non réduites. En même temps, ils prédisent dans leur dernière conclusion la position de choix : « L'agrandissement maximum est réalisé avec la position de la taille périnéale, quand les genoux sont exactement vis-à-vis des épaules et non portés ni en abduction ni en adduction.

Au même Congrès d'Amsterdam, M. Bar rappelait des expériences cadavériques qu'il avait faites en 1880 pour déterminer les dimensions du diamètre promonto-sous-pubien dans la position de la taille, la position horizontale aux membres inférieurs étendus et l'hyperextension, mais il avait surtout en vue de prouver le peu de bénéfice que donnait la position de Crouzat-Walcher.

CHAPITRE V

POSITION DE LA TAILLE COMPLÉTÉE PAR L'EXTENSION DES JAMBES

Depuis le Congrès d'Amsterdam, tous les auteurs ont admis les conclusions de Bonnaire et Bué : la position de la taille agrandit le détroit inférieur par mouvement de nutation du sacrum qui s'accompagne d'une bascule en dehors des tubérosités ischiatiques.

Les recherches de Farabeuf sur les symphyses pelviennes et la thèse de son élève Posth sur le sacrum n'avaient fait que confirmer la possibilité de ces mouvements en précisant la physiologie de ces articulations.

Or, en 1908 et 1909, Devraigne et Descomps, faisant des dissections de périnée pour étudier l'appareil musculo-ligamenteux du coccyx, furent frappés, le sujet étant dans l'attitude suivante : cuisses fléchies au maximum avec une légère abduction et jambes en extension, de voir que tous les

muscles postérieurs et internes de la cuisse qui prennent leur origine sur les branches ischio-pubiennes étaient, dans cette position, tous très tendus. Ils pensèrent alors que des muscles aussi puissants ne devaient pas être sans influence sur l'écartement possible des branches ischio-pubiennes et devaient augmenter le diamètre bis-ischiatique. Ils firent des recherches anatomo-physiologiques des expérimentations cadavériques et en exposèrent le résultat dans *l'Obstétrique* du 5 mai 1910. Nous ne pouvons ici que résumer ce travail.

« Tous les auteurs, disent-ils, sont d'accord à présent : la position de la taille agrandit le diamètre bis-ischiatique dans des proportions variables et cela grâce au mouvement de nutation du sacrum. Nous croyons qu'il faut ajouter à cette bascule du sacrum et au redressement des ailes iliaques une action musculaire que nous allons préciser. Nous allons voir qu'en faisant de l'extension des jambes dans la position d'hyperflexion des cuisses, on obtient un maximum de rendement des muscles adducteurs et postérieurs de la cuisse. »

De par leurs insertions, inférieures on peut les diviser en deux groupes.

Le premier groupe comprend :

- Le droit interne ;
- Le petit adducteur ;
- Le moyen adducteur ;
- Le grand adducteur.

Ces muscles prennent leurs origines sur la branche ischio-pubienne et la tubérosité de l'ischion de la manière suivante par des tendons.

En détail nous trouvons dans *le Traité d'anatomie descriptive* de Poirier :

Le droit interne. — *Musculus gracilis*. Naît : 1^o de la moitié inférieure de la face antérieure de la

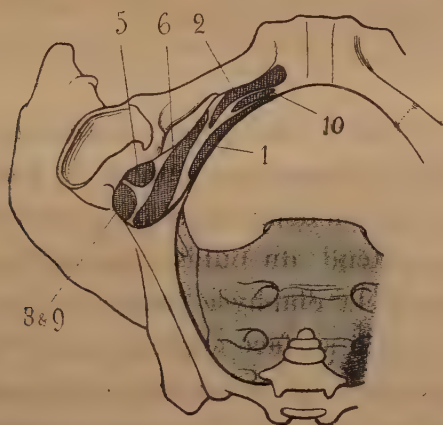


FIG. I. — SURFACE D'INSERTION DES MUSCLES ADDUCTEURS ET POSTÉRIEURS DE LA CUISSE SUR LA BRANCHE ISCHIO-PUBIENNE

1 = Droit interne; 2 = Moyen adducteur; 5 = Demi-membraneux
6 = Grand adducteur; 8 = Demi-tendineux; 9 = Biceps; 10 = Petit adducteur.

surface angulaire du pubis, tout près de la symphyse, en dedans du moyen et du petit adducteur; 2^o sur le tiers antérieur de la lèvre externe du bord inférieur de la branche ischio-pubienne, en dedans du petit et du grand adducteur. Ce muscle

qui a la forme d'un demi-cône s'effile en un tendon cylindrique qui contourne le condyle interne du fémur et la tubérosité correspondante du tibia et s'insère à la partie supérieure de la face interne de cet os.

Action. — Il porte la cuisse dans l'adduction : fléchit la jambe sur la cuisse ; la jambe étant fléchie, imprime à la cuisse un mouvement de rotation en dedans.

Le petit adducteur. — *Musculus adductor minimus.* Muscle triangulaire, simple à son origine souvent divisé en deux chefs au niveau de sa terminaison, s'étend du pubis à la partie postéro-supérieure de la diaphyse fémorale. Son origine est située sur la surface angulaire du pubis de la partie antérieure de la branche ischio-pubienne. Cette origine se fait par un tendon auquel font suite des fibres charnues qui se divisent en deux faisceaux, un faisceau supérieur qui va s'insérer par de courtes fibres aponévrotiques sur la branche interne de trifurcation de la ligne âpre, un faisceau inférieur qui se termine sur la partie supérieure de la lèvre interne de la ligne âpre.

Action. — Le petit adducteur de concert avec le moyen portent la cuisse dans l'adduction : la flé-

chissent sur le bassin ; lui impriment un mouvement de rotation en dedans.

Le moyen adducteur. — Musculus adductor brevis. Muscle triangulaire s'étendant du corps du pubis à la partie moyenne de la ligne âpre. Il naît de la surface angulaire du pubis. Cette origine se fait par un tendon qui va constituer un fuseau pour redevenir tendon. Ce tendon de terminaison est formé par deux lames très minces, l'une antérieure, l'autre postérieure qui vont se fusionner pour aller s'insérer à la partie moyenne de la lèvre interne de la ligne âpre sur une longueur de 9 centimètres environ.

Le grand adducteur. — Musculus adductor magnus. Sous-jacent aux deux précédents, le grand adducteur affecte la forme d'un large triangle. Il est constitué : 1° par un chef supérieur qui, né de la branche ischio-pubienne en avant et en dedans des deux autres chefs, croise très obliquement leur face antéro-externe pour gagner la partie la plus élevée de la diaphyse fémorale ; 2° par un chef moyen qui se détache de l'ischion pour aller s'attacher sur la ligne âpre ; 3° par un chef inférieur qui, né en dedans du précédent, l'abandonne pour aller se fixer au tubercule latéral du condyle interne.

Action. — Il porte la cuisse dans l'adduction ;

lui imprime, par son chef supérieur et son chef moyen, un mouvement de rotation en dehors, par son chef inférieur, un mouvement de rotation en dedans.

Dans le SECOND GROUPE rentrent :

Le demi-tendineux ;

Le biceps fémoral ;

Le demi-membraneux.

Le demi-tendineux (m. demi-tendinosus) naît de la tubérosité de l'ischion : 1° par un tendon qui lui est commun avec le biceps ; 2° par quelques fibres charnues. Son tendon inférieur va s'insérer en dedans de la crête du tibia sur la face interne de cet os. La partie inférieure moins épaisse se poursuit sur l'aponévrose jambière.

Le biceps est constitué par deux chefs : l'un, long d'origine pelvienne, l'autre, court d'origine fémorale. Ces chefs se réunissent en bas sur un tendon unique allant à la tête du péroné et au tibia.

Le demi-membraneux (m. semi-membranosus) naît par un tendon large et fort de la face postérieure et de la partie externe de la tubérosité ischiatique, entre le tendon commun au biceps et au demi-tendineux qui est en dedans et le carré crural qui est en dehors. Le tendon terminal se divise en plusieurs trousseaux tendineux, qui prennent des directions différentes : les uns moyens se fixent à la partie postérieure de la tubérosité interne

En résumé, pour les insertions, ces muscles se divisent en :

A. — *Muscles qui vont au fémur* (c'est-à-dire les adducteurs, sauf le droit interne).

B. — *Muscles qui vont au squelette jambier*, à l'extrémité supérieure du péroné et du tibia (c'est-à-dire les muscles de la loge postérieure auxquels il faut ajouter le droit interne).

Devraigne et Descomps concluaient de leurs expérimentations physiologiques (avec gravures très claires à l'appui) de la façon suivante :

« Voici ce que l'on peut déduire de ces constatations, au point de vue de l'action des muscles considérés sur l'ischion et les branches ischio-pubiennes. Tous ces muscles exercent une action sur l'ischion et les branches ischio-pubiennes quand on les met en tension : ils les écartent et, par conséquent, augmentent la distance transversale inter-ischiatique. Or, leur mise en tension, plus ou moins considérable, varie avec la position imposée à la cuisse et à la jambe.

a) La flexion forcée de la cuisse sur le bassin augmente la tension de tous ces muscles dans des proportions variables, mais d'une manière constante quoique peu marquée pour les muscles à insertion jambière (position de la taille) ;

b) L'abduction de la cuisse sur le bassin relâche complètement les muscles jambiers ; faible, elle

surdistend le grand adducteur, forte, elle surdistend le petit et le moyen adducteur, mais agit moins sur le grand adducteur ;

c) L'extension de la jambe sur la cuisse, en flexion forcée sur le bassin (position analogue à celle du fœtus en siège décompleté, mode des fesses), tend tous les muscles adducteurs et postérieurs, surtout ces derniers à insertion jambière.

L'abduction agit sur les adducteurs comme précédemment : elle est sans influence au point de vue augmentation ou diminution d'effet sur les ischio-fémoraux, mais, exagérée, augmente la tension du droit interne.

La position, qui semble optima pour donner sur les branches ischio-pubiennes le maximum d'effet par la tension des muscles considérés, nous semble être la suivante :

Flexion forcée de la cuisse sur le bassin.

Abduction forte à 45 degrés environ.

Extension de la jambe sur la cuisse.

Cette position en abduction moyenne a l'avantage de relâcher légèrement le grand fessier que la flexion contribue à tendre, mais que la flexion en adduction surdistend et que la flexion en abduction relâche.

Si nous voulons interpréter, en deux mots, les trois positions figurées sur nos dessins, nous voyons que dans la position obstétricale tous les muscles internes et postérieurs de la cuisse sont

relâchés, dans la position de la taille, les adducteurs sont tendus, dans la position de flexion de la cuisse avec extension des jambes tous, les muscles sont tendus : une légère abduction relâche un peu le grand fessier.

» Les insertions mobiles de ces muscles deviennent fixes chez la femme qui accouche, et les insertions fixes, ischio-pubiennes, deviennent mobiles : la tension et la contraction doivent se surajouter pour produire l'écartement des ischions, à la condition qu'on donne un appui aux jambes en les maintenant en extension ; cette confirmation clinique nous manque actuellement ».

Des recherches faites sur des femmes près du terme, prouvèrent à ces auteurs que la position qu'ils proposaient donnait un agrandissement plus grand du diamètre bis-ischiatique que la position de la taille telle que la préconisèrent Bonnaire et Bué, mais ils manquaient de résultats cliniques et se proposaient d'étudier dans un mémoire ultérieur ce que donnait leur position expérimentée pendant l'accouchement.

Ce sont ces résultats inédits, obtenus par Devraigne pendant son clinicat obstétrical, qui constituent la raison d'être de notre thèse.

Nos observations ont été recueillies à la clinique Tarnier, dans le service de notre maître, M. le professeur Bar.

Nous devons, avant d'exposer nos résultats cli-



FIG. 3

niques, rapporter un article de Van Rooy de Rotterdam, paru dans *l'Obstétrique* de juin 1910. Cet auteur réclamait, en effet, en réponse au mémoire de Devraigne et Descomps, la priorité de la position en clinique en faveur d'un élève du professeur Treub, le Dr Jonges, qui déjà (le 15 mars 1908) avait fait une longue communication à la Société gynécologique hollandaise sur « l'agrandissement non sanglant du détroit inférieur du bassin » (Voir les rapports de la Société de 1908, et aussi la *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 32, 1908).

Dans cette communication, M. Jonges a exposé et démontré les résultats de ses recherches sur la flexion forcée et l'abduction des cuisses, combinée à l'extension des jambes. Par des expériences sur le cadavre et par des mensurations de bassins de femmes enceintes et de femmes récemment accouchées, il a donné les preuves que, grâce à cette position des membres inférieurs (position que MM. Devraigne et Descomps ont étudiée), un agrandissement maximum du diamètre bis-ischiatique pouvait être obtenu ; il a communiqué également la manière par laquelle il avait essayé, dans sa pratique obstétricale, de profiter de cette position dans les cas de rétrécissement du détroit inférieur.

Jonges a même imaginé un dispositif très simple (voir fig. 3), qui permet à la femme d'immobiliser elle-même ses membres dans l'attitude prescrite. Le professeur Treub et de nombreux

accoucheurs hollandais emploient volontiers cette position.

Le 28 novembre 1911, à la Société médicale du VII^e arrondissement, présidée par le D^r Brindeau, Devraigne exposait les avantages obtenus dans certains cas déterminés par la position de la taille complétée par l'extension des jambes, en bien spécifiant toutefois qu'elle ne pouvait être qu'une position de nécessité. MM. Brindeau et Pierra confirmaient la bonne impression qu'ils avaient recueillie en expérimentant parfois cette position.

CHAPITRE VI

DANS QUELLE PROPORTION S'AGRANDIT LE DIAMÈTRE BIS-ISCHIATIQUE ?

Le diamètre bis-ischiatique s'agrandit par la position de la taille complétée par l'extension des jambes, c'est incontestable ; mais nous sommes en droit de nous demander dans quelles proportions ? En effet, cette question résolue nous permettra de déduire exactement tous les bénéfices qu'on pourra en retirer.

Ces proportions sont difficiles à préciser chez la femme, parce que le diamètre bis-ischiatique est, a-t-on dit, un des diamètres qui offre le plus d'incertitude dans ses mensurations.

Tarnier et Budin, dans leur *Traité de l'art des accouchements*, disent « que pour le mesurer et surtout pour arriver à déterminer avec précision les points qui marquent les limites de ce diamètre, il faut déjà posséder quelque expérience du toucher explorateur pelvien. La difficulté naît de ce que les tubérosités ischiatiques sont allongées et obliquement dirigées d'avant en arrière et de dedans en dehors, de ce qu'elles n'offrent pas, en

outre, d'arête vive qui permette au doigt de limiter leur contour ».

Comment le mesure-t-on en clinique ?

Différents procédés ont été recommandés, nous allons les passer rapidement en revue. Ils reposent sur des manœuvres internes, externes ou mixtes.

Bresky imagine un compas d'épaisseur qu'il introduit dans le vagin. Il écarte ensuite les branches jusqu'à ce que les extrémités de celles-ci viennent simultanément se mettre au contact des points de repère osseux, situés sur la face interne des ischions.

Il recommandait d'ajouter 1 centimètre à la graduation du compas, afin de tenir compte de l'épaisseur des parties molles.

Moor-Bailly fait remarquer que l'application du compas à l'intérieur du vagin nécessite des manipulations douloureuses pour la femme, en raison de l'existence presque constante d'un certain degré d'hyperesthésie vulvo-vaginale. Deux autres raisons concourent à rendre cette manœuvre difficile ; c'est, d'une part, l'étroitesse de l'arcade pubienne, qui gêne les mouvements des doigts, d'autre part, la surface glissante des parties molles qui tapissent la face interne des ischions.

Moor, Schmeidler et Chantreuil, pour remédier aux inconvénients d'un tel procédé, en ont préconisé un autre. Plus d'instruments ont-ils dit, la main jouera le rôle de pelvimètre. On disposera la

femme dans la position genu-pectorale et on glissera en travers de la vulve trois ou quatre doigts étendus et intimement accolés entre eux : on pousse alors le coin digital ainsi formé vers la partie inférieure de l'arcade pubienne et on l'enfonce jusqu'à ce que l'on arrive à sentir ses bords enclavés dans la partie la plus large de l'espace inter-ischiatique.

Dès lors, on retire la main sans changer la disposition des doigts, et tout aussitôt, on saisit le massif digital entre les deux branches d'un compas gradué, au niveau des points qui conservent la sensation de contact avec les tubérosités-ischiatiques.

Ce procédé est moins douloureux que le précédent, mais il n'est guère plus précis.

Commandeur, dans la pratique des accouchements, souligne les difficultés qu'on rencontre dans l'appréciation exacte du diamètre bis-ischiatique. Il divise les procédés en externes et internes et donne la préférence à celui de Tarnier :

La femme étant en décubitus dorsal, cuisses fléchies et écartées, ou en position genu-pectorale, on recherche avec les pouces, face unguéale en dedans, les lèvres internes des tubérosités ischiatiques en déprimant les téguments à ce niveau, on fixe les extrémités des ongles sur ce bord interne et on mesure, avec un compas ou un ruban métrique, la distance qui les sépare. Il suffit d'ajouter 10 à 15 millimètres, représentant l'épais-

seur des parties molles pour chaque côté. On aurait la dimension du bis-ischiatique à 5 millimètres près.

Bonnaire et Bué ont adopté, pour le détroit inférieur, le tubercule saillant situé à la partie postérieure des tubérosités ischiatiques, c'est lui qui leur a servi de point de repère pour les mensurations du bis-ischiatique. Ils trouvent que « cette mensuration est très délicate, qu'elle expose à l'erreur et qu'elle est moins précise qu'au détroit supérieur ».

Jonges ne précise pas les points de repère qui lui ont servi à faire ses mensurations.

CHAPITRE VII

VALEUR DE L'AGRANDISSEMENT DU DIAMÈTRE BIS-ISCHIATIQUE

D'après ce qui précède, multiplicité des procédés de mensuration, incertitude de ces procédés, nous pouvons prévoir qu'en clinique il sera difficile d'évaluer d'une façon très précise l'agrandissement possible du diamètre bis-ischiatique. Voyons, pour nous éclairer, l'avis des auteurs qui ont traité cette question.

Au Congrès d'Amsterdam, Bonnaire et Bué ont donné les chiffres suivants (et ils n'avaient en vue que la position de la taille).

Pour nous résumer, disent-ils, on gagne, pour le dégagement, au détroit inférieur, en mettant la femme dans la position de la taille, les genoux vis-à-vis des épaules, par rapport à la position de Walcher :

Observation VI : 25 millimètres.

Observation VII : 2 millimètres.

Observation VIII : 23 millimètres.

Observation IX : 23 millimètres.

Observation X : 6 millimètres.

Observation XII : gain obtenu par la position de la taille par rapport :

- 1° Au décubitus horizontal : 19 millimètres ;
- 2° A la position obstétricale : 14 millimètres ;
- 3° A la position de Walcher : 23 millimètres.

En moyenne, on obtient donc par la position de la taille, genoux vis-à-vis les épaules, une augmentation de 16 à 18 millimètres dans le diamètre bis-ischiatique.

Nous insistons sur la position de la taille modifiée de telle sorte que les genoux se trouvent vis-à-vis des épaules ; c'est ainsi qu'on obtient l'écartement maximum des tubérosités ischiatiques. En portant les genoux en abduction ou en adduction, on constate un agrandissement moindre de quelques millimètres (3 à 4 en moyenne) dans cette dernière attitude ; on peut perdre davantage avec la première. La position de la taille la plus favorable n'est autre, en somme, que la position physiologique de la défécation appliquée à l'attitude couchée. C'est dans cette posture que le détroit inférieur s'élargit le plus.

Jonges dans la position qui nous intéresse ici a obtenu les résultats suivants qui sont plus modestes : « Par des mensurations portant sur 25 femmes enceintes ou femmes récemment accouchées, il me fut évident que le diamètre bis-ischiatique était en moyenne 3 cm. 5 plus long dans la position des « genoux vis-à-vis des épaules » que dans la position obstétricale et que cette différence

montait à environ 9 millimètres dans une position de flexion forcée des cuisses, combinée à l'extension des jambes et l'abduction des cuisses.

Le diamètre bis-ischiatique se laisse donc agrandir d'environ $1/2$ centimètre de plus en faisant la flexion et l'abduction des membres inférieurs en extension complète, au lieu de faire la flexion et l'abduction des membres en flexion. »

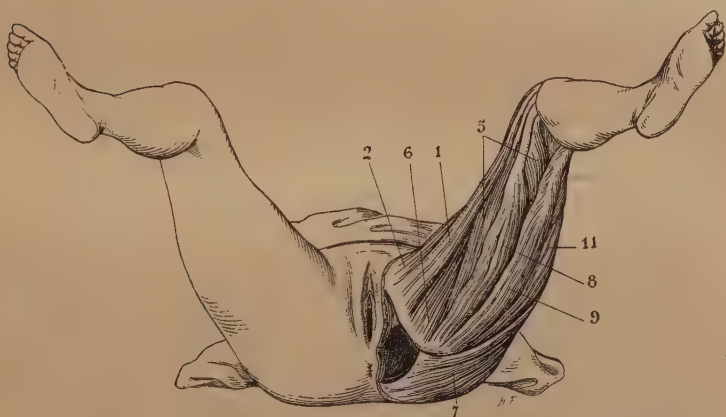


FIG. 4. — POSITION DE LA TAILLE

Les adducteurs sont tendus. Tous les autres muscles postérieurs et droit interne sont relâchés. Muscles comme ci-dessus : 11 = vaste externe

De leurs recherches cadavériques, Devraigne et Descomps pouvant obtenir des résultats très précis mais dans des conditions qui ne sont plus aussi favorables que chez la parturiente ont conclu « sur des cadavres féminins quelconques, où les articulations du bassin n'étaient pas ramollies du fait de la grossesse, nous avons trouvé des

augmentations du bis-ischiatique variant de 3 à 9 millimètres ».

Dans sa communication à la Société médicale du VII^e arrondissement, Devraigne disait prudemment. « Etant donné qu'il est difficile de mesurer exactement le diamètre bis-ischiatique, nous ne voulons pas préciser les limites de l'agrandissement de ce diamètre par la position de la taille complétée par l'extension des jambes, mais cette augmentation est à coup sûr supérieure à 1 centimètre. »

Le Dr Pierra reconnaissait aussi s'être servi plusieurs fois de la même position et avoir obtenu des agrandissements du bis-ischiatique variant de 12 à 15 millimètres.

Cette question gagnerait à faire l'objet de nouvelles recherches. Quoiqu'il en soit, tout le monde le reconnaît, l'agrandissement est très net et « donne d'excellents résultats dans la dystocie du détroit inférieur » (Brindeau).

CHAPITRE VIII

RÉSULTATS OBTENUS

A LA CLINIQUE TARNIER

Nous apportons 14 observations inédites de la clinique Tarnier. Disons tout de suite qu'on s'est gardé des cas à succès facile et que la position de la taille complétée par l'extension des jambes n'a été utilisée que dans les cas de dystocie véritable du détroit inférieur ou du détroit moyen.

Dans 8 cas, il s'agissait de bassins rachitiques. On sait le fait important joué par le rachitisme dans les viciations pelviennes (15 bassins rachitiques sur 16). Or, dans ces bassins rachitiques, les plus intéressants en clinique parce que de beaucoup les plus fréquents, ce sont les bassins peu touchés, les bassins viables de Pestalozza, dans lesquels il y a un promonto-pubien minimum un peu diminué; souvent dans ces bassins qui permettent avec plus ou moins de difficultés l'engagement de la tête, il y a également des épines sciatiques saillantes, un sacrum et un coccyx recourbés en bec de hameçon. Il y aura donc intérêt pour terminer soit spontanément, soit

avec une application de forceps à agrandir le détroit moyen et le détroit inférieur.

Commandeur fait la même prescription dans l'article *Conduite à tenir dans les bassins rachitiques*. « Avant l'application de celui-ci (le forceps), on peut essayer de mettre la parturiente en attitude de flexion forcée des cuisses sur le bassin. Celui-ci amène un mouvement de nutation du sacrum qui éloigne la pointe du coccyx du sous-pubis et détermine l'écartement des ischions ».

Ceci est encore bien plus vrai pour la position que nous préconisons, puisque à la nutation du sacrum s'ajoutent des actions musculaires plus puissantes que dans la position de la taille.

Dans une de nos observations, l'extraction fut tellement difficile pour une présentation élevée, que MM. Brindeau et Demelin, après avoir appliqué le forceps Demelin appliquèrent le Tarnier, firent tourner la tête au-dessous des épines sciatiques et arrivèrent à extraire la tête balafmée des deux côtés par les épines sciatiques ; celles-ci avaient en même temps échanuré les parois vaginales de chaque côté.

Dans 3 de nos observations, il s'agit de bassins cyphotiques, deux accouchèrent spontanément d'un enfant de 1.550 grammes et de 3.950 grammes, la troisième subit une application de forceps pénible et accoucha d'un enfant pesant 2.320 grammes, venu en occipito-sacrée.

Un de nos bassins, compté parmi les rachitiques

appartenait à une femme scoliotique. Il fallut là aussi appliquer le forceps pour avoir un enfant vivant de 3.650 grammes.

Deux femmes avaient une luxation congénitale de la hanche gauche, toutes deux ankylosées, une des deux avait en même temps un bassin de Noe-

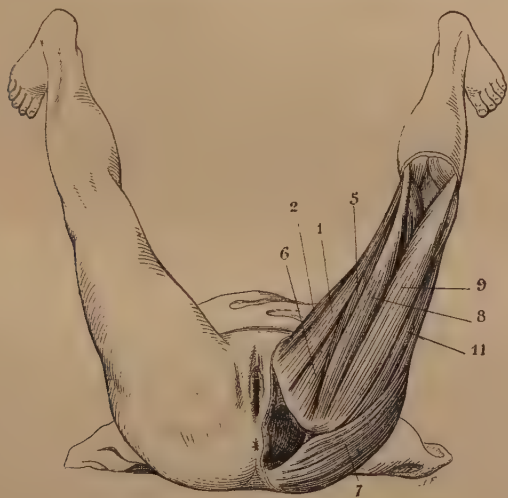


FIG. 5. — POSITION PROPOSÉE

Tous les muscles sont tendus. Une légère abduction favorise le relâchement du grand fessier.

gelé. Toutes deux accouchèrent spontanément, l'une d'un enfant de 3.340 grammes, l'autre d'un enfant de 4.200 grammes.

Enfin, la dernière est une primipare chez laquelle l'enfant se présentait en position occipito-sacrée ; on fit un forceps et on put extraire assez difficilement un enfant vivant pesant 2.820 grammes sans déchirure du périnée.

Cette observation, comme celle de la cyphotique où l'enfant était aussi en occipito-sacrée, prouve que la position de la taille complétée par l'extension des jambes avec abduction modérée des cuisses (et Jonges insiste également sur l'abduction sans l'expliquer) est préférable à la position de la taille seule préconisée par MM. Bonnaire et Bué, les genoux vis-à-vis des épaules.

Ces derniers auteurs, en effet, font dans les positions occipito-sacrées une contre-indication à la position de la taille par résistance trop forte des parties molles périnéales.

Or, Devraigne et Descomps ont préconisé l'abduction modérée des cuisses en montrant qu'elle avait pour but de relâcher les grands fessiers, qui, tendus, immobilisent le coccyx et s'opposent à sa rétropulsion. On sait combien dans les bassins cyphotiques le périnée est peu étoffé, tout ce qui tendra à le relâcher sera donc indiqué.

Si la position de la taille est la position de choix en pareil cas, d'après Bonnaire et Bué, tant à cause des épines sciatiques qu'à cause du bis-ischiatique, à plus forte raison la position de la taille complétée par l'extension des jambes avec abduction des cuisses sera-t-elle préférable, puisque grâce à cette légère abduction on facilite le recul du coccyx.

Nos observations, nous l'avons dit, n'ont pas été des cas faciles. En effet, sur 14 accouchements, 6 ont nécessité une application de forceps. Or,

deux fois il s'agissait de gros enfants de 5.500 gr. et 4.620 grammes, pour lesquels la vraie dystocie résida dans le passage des épaules, les deux



FIG. 6

enfants nés étonnés vécurent, mais l'un eut une paralysie radiculaire droite.

D'ailleurs, deux fois nous avons signalé une paralysie radiculaire, deux fois une paralysie faciale, quatre fois les enfants sont venus en état de mort apparente.

Ceci prouve qu'on n'a expérimenté la position de la taille complétée par l'extension des jambes que dans des cas difficiles. D'ailleurs, comme l'ont dit Devraigne et Descomps, elle ne peut être qu'une position de nécessité. En effet, elle est assez incommode et fatigante malgré le dispositif imaginé par Jonges pour que la femme tienne elle-même ses jambes en extension. Il faut d'ordinaire deux aides pour immobiliser la femme dans cette attitude.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Aspasie L..., trente-sept ans, blanchisseuse, entre à la clinique Tarnier le 18 janvier 1911, ayant eu ses dernières règles du 21 au 24 avril 1910. A son entrée on constate qu'elle mesure 1 m. 26. L'examen du squelette nous fournit les renseignements suivants.

Tête: le front est un peu saillant, le sous-mentobregmat. = 20 centimètres. Léger prognathisme à la mâchoire inférieure. Légère déviation de l'arête du nez.

Thorax: gibbosité considérable au niveau des cinq dernières vertèbres dorsales. Pas de scoliose. Le côté droit du thorax paraît plus large que le côté gauche. Si on mesure le périmètre thoracique on constate que le côté gauche de l'appendice xyphoïde au sommet de la gibbosité mesure 38 centimètres, le côté droit 40 centimètres.

Membres inférieurs: le membre inférieur droit est plus long que le gauche.

Bassin: paraît plus développé à droite qu'à gauche. Le pli fessier est dévié de haut en bas et de droite à gauche. Les épines iliaques ne sont pas sur un même plan, la gauche est plus élevée que la droite.

Mensurations externes :

Bis-iliaque.....	23 cm.
Bi-crête.....	24 cm. 5
Bi-trochantérien.....	27 cm. 5
Conjugué externe.....	15 cm.
Bis-ischiatique.....	7 mc. 5

Au toucher, le promonto-sous-pubien n'est pas atteint, les épines sciatiques sont un peu saillantes. Ventre en obusier, fœtus petit, très mobile, position verticale, enfant vivant.

La difformité a débuté à quatorze ans. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Elle entre à la salle de travail le 19 janvier à 11 heures, l'enfant perd du méconium, les bruits du cœur sont sourds, la dilatation est de 1 franc.

On place l'excitateur de Tarnier (deux branches).

A 4 heures on enlève l'écarteur. La dilatation est la même, les douleurs sont fréquentes.

A 6 heures la dilatation n'a pas progressé, le col est épais, bruits du cœur bons.

A 7 heures il ne s'écoule plus de méconium.

A 9 heures état stationnaire.

Pendant toute la nuit, les bruits du cœur sont bons.

20 janvier. — A 6 heures du matin la dilatation est complète et les douleurs expulsives efficaces apparaissent.

On met les jambes en extension, les cuisses fléchies sur l'abdomen et en légère abduction. La tête descend, arrive sur le périnée assez rapidement. La vulve résiste. A 7 heures déchirure insignifiante du périnée et expulsion rapide d'une fille de 1.660 grammes.

A 9 heures délivrance naturelle et complète du poids de 350 grammes.

OBSERVATION II

Berthe B..., primipare de trente ans, au huitième mois de sa grossesse, entre à la clinique Tarnier pour accoucher. Elle présente une cyphose très accentuée de la région dorsale. De bonne santé générale, elle n'accuse dans ses antécédents personnels qu'une dothiéntérie à dix-neuf ans. Cette cyphose a débuté à l'âge de deux ans par des douleurs en ceinture auprès du thorax. C'est une femme de petite taille : 1 m. 35, les membres inférieurs sont bien conformés.

Le bassin mesure :

Bi-épineux.....	22 cm.
Bi-crête.....	24 cm.
Bi-trochantérien.....	28 cm.
Bis-ischiatique.....	8 cm.
Conjugué externe.....	19 cm. 5

Au toucher, le col est dirigé très en arrière et en bas, sommet mobile, dos à droite.

15 septembre. — A 5 heures du matin rupture prématurée des membranes. Pas de contractions. Dilatation : 2 francs.

A 4 heures du soir, la parturiente commence à avoir des contractions.

26 septembre. — A 8 heures du matin, la dilatation est la même, le sommet est engagé. Bruits du cœur bons.

A 1 heure du soir, dilatation : 5 francs, contractions irrégulières.

A 4 heures, dilatation d'une paume de main, contractions régulières.

A 5 h. 1/2, dilatation complète. Application de forceps après anesthésie à l'éther. Prise directe, tractions, la femme étant dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes. La tête ne progresse pas, mouvements pendulaires, on finit par voir progresser la tête. On fait alors une épisiotomie double, malgré cela la déchirure s'étend au passage de l'occipital. Fille vivante du poids de 2.320 grammes extraite en O. S. La femme saigne, on restaure le périnée avec difficulté. La vessie et l'urètre sont intacts.

Du côté de l'enfant on note une légère paralysie faciale gauche et un aplatissement du pariétal droit.

OBSERVATION III

Maria G..., vingt-huit ans, entre à la clinique parce qu'elle a des douleurs, le 10 février 1911.

Antécédents héréditaires. — Père mort cardiaque, mère bien portante, six frères et sœurs en excellente santé.

Antécédents personnels. — A marché à un an, réglée à dix-sept ans. Chlorose à dix-huit ans.

C'est une primipare. Ses dernières règles datent du 4 mai 1910. C'est une femme de taille moyenne ne présentant aucune déformation squelettique.

Les mensurations externes du bassin nous fournissent

Bis-iliaque.....	26 cm. 5
Bi-crête.....	27 cm. 5
Bi-trochantérien.....	29 cm.
Conjugué externe.....	17 cm. 5
Bis-ischiatique.....	9 cm. 5

Il s'agit d'une grossesse à terme, utérus remontant à 34 centimètres au-dessus du pubis. Sommet mobile dans la fosse iliaque gauche.

Bruits du cœur bons. Promontoire accessible au loin.

13 février. — La tête descend et s'engage.

14 février. — Dilatation de 5 francs, membranes intactes.

A 3 heures du soir, rupture spontanée de la poche des eaux. A 4 heures dilatation d'une petite paume de main, à 10 heures même dilatation, bruits du cœur bons.

15 février. — La dilation est complète. L'enfant perd du méconium, les bruits du cœur reviennent un peu lents, la femme s'épuise, la tête est dans la partie supérieure de l'excavation, on a affaire à un bassin plat canaliculé. Dans ces conditions, étant donné l'état de souffrance de l'enfant, la dilatation étant complète, on se décide à appliquer le forceps. La femme étant anesthésiée et placée dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes, on fait une prise régulière. Quelques tractions amènent la tête sur la périnée, mais on a peine à lui faire accomplir sa rotation. On enlève le forceps et on agit seulement par expression utérine. Épisiotomie droite, la tête fait sa rotation. On a un peu de difficultés pour extraire les épaules. Finalement on extrait un garçon qu'on ranime

avec peine, il présente quelques ecchymoses et une paralysie faciale gauche. Délivrance naturelle et complète une heure plus tard.

OBSERVATION IV

Alexandrine L..., trente-huit ans, ménagère, III-pare, entre à la clinique Tarnier le 25 juin 1911, parce qu'elle veut avoir un enfant vivant. Elle est décidée à subir l'opération césarienne si c'est nécessaire.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents, elle a marché à dix mois, réglée à douze ans, régulièrement, mais abondamment.

Première grossesse en 1903. Pendant les quatre premiers mois elle eut des vomissements, la grossesse évolua ensuite sans complications, mais l'enfant se présenta par le siège, très gros. On ne put l'extraire vivant, c'est au cours de la version qu'il mourut.

Deuxième grossesse en 1908. Vomissements, troubles nerveux, affaiblissement très marqué pendant les quatre premiers mois. L'accouchement se passa comme le précédent, par l'extraction d'un enfant mort.

Les dernières règles sont de fin octobre. Au début de la grossesse, vomissements, affaiblissement, hémorragie pendant trois mois.

27 juin. — On l'examine, rien à signaler du côté des différents appareils. Taille 1 m. 47, membres inférieurs égaux.

Au toucher vaginal, promontoire accessible au loin : 11 cm.5. Bassin légèrement rétroversé, symphyse très basse.

Au palper on constate un excès de liquide, le dos est à gauche et en arrière, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Enfant vivant. 4 juillet, 8 juillet, rien à signaler.

9 juillet. — 6 h. 50 du soir : le sommet s'engage, dilatation de 1 franc, enfant vivant. Bruits du cœur sourds mais bien frappés.

10 juillet. — 2 h. 40 : dilatation complète, efforts expulsifs.

3 h. 15. — Expulsion spontanée d'une fille du poids de 3.590 grammes, qui naît étonnée. Difficultés pour l'extraction de la tête, rendues moins grandes par la position de la taille complétée par l'extension des jambes. Délivrance deux heures plus tard du poids de 590 grammes.

OBSERVATION V

Camille D..., trente ans, entre à la clinique Tarnier le 28 juin 1911, parce qu'elle a une luxation coxo-fémorale gauche avec ankylose.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A marché à dix-huit mois. Réglée à treize ans, irrégulièrement. Pleurésie à treize ans. Kératite interstitielle. Rhumatisme articulaire aigu.

C'est une secundipare. Une première grossesse en 1904. Accouchement à terme sans complications, enfant mort une journée après sa naissance. Dernières règles fin septembre. Elle est à terme.

En 1904 première grossesse, accouchement spontané en trois heures à huit mois et demi. L'enfant serait mort

d'une maladie de cœur (?) le soir de sa naissance, il avait en plus de la paralysie faciale.

3 juillet. — *Examen*. — Debout : raccourcissement et atrophie du membre supérieur gauche.

Couchée : le raccourcissement est aussi apparent, les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont impossibles ; il y a ankylose complète, on sent à gauche le trochanter dans la fosse iliaque externe.

Mensuration : taille 1 m. 32. Membre inférieur gauche, présente un raccourcissement de 6 centimètres.

Cojugué externe.....	22 cm.
Bi-trochantérien.....	32 cm.
Bi-crête.....	27 cm. 5
Bi-épineux.....	26 cm. 5

Au toucher on constate un aplatissement marqué de la paroi osseuse à gauche. Rétrécissement du détroit inférieur. Bassin oblique ovalaire. Tête au-dessus du détroit supérieur. Enfant vivant.

7 juillet. — Apparition des premières douleurs à 6 heures du matin. La femme demande qu'on lui fasse une opération césarienne plutôt que de laisser courir des risques à son enfant. M. le professeur Bar, qui l'avait vue deux jours auparavant, trouve que la tête est au-dessus du détroit supérieur, mais ne paraît pas déborder la symphyse.

A 11 h. 1/2 il a l'impression que l'accouchement pourra se terminer spontanément ; en cas de besoin on aurait recours à une pelvitomie. Bruits du cœur bons.

A 5 heures du soir, la femme éprouve le besoin de pous-

ser; on constate qu'il s'écoule quelques gouttes de liquide à la vulve.

Au palper on ne sent plus la tête qui est engagée. Au toucher on trouve une tête engagée dans l'excavation, orientée en G. T. Dilatation presque complète. La rupture des membranes semble avoir été élevée, une poche molle se présente en avant de la tête.

A 6 heures, la tête apparaît à la vulve orientée en O. P., la jambe droite (membre sain) est placée dans la position de la taille, complétée par l'extension des jambes.

A 6 h. 5. En quelques contractions la femme accouche d'un garçon vivant du poids de 3.340 grammes.

A 7 h. 1/2, délivrance naturelle et complète du poids de 470 grammes.

OBSERVATION VI

Jeanne S..., trente-sept ans, cuisinière, entre à la clinique Tarnier (accouchement 1413, 1911).

Antécédents héréditaires. — Père mort cardiaque. Mère morte (?).

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à dix-sept ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Aucune maladie.

Première grossesse en 1907, à terme, fille vivante. C'est une secondipare. Elle a consulté à l'hôpital Boucicau parce qu'elle avait une éruption, la grossesse est normale, mais on lui conseille d'aller à l'hôpital Broca.

Elle s'y rend le 22 juin et on la soumet à une série de piqûres. Dans le courant de juillet on lui a fait trois injections de 606.

13 septembre. — Premières douleurs.

Elle entre à la clinique le 14, à 1 heure du matin. Sommet engagé. Dilatation complète. Enfant vivant. La tête est sous la symphyse, mais elle bute sur les ischions, très rapprochés. On décide de faire une application de forceps en prise directe, la femme mise dans la position que nous préconisons. Tractions, extraction d'une fille vivante du poids de 3.080 grammes.

Délivrance complète normale du poids de 500 grammes. Durée totale du travail quatorze heures. Syphilis contractée vraisemblablement au début de la grossesse.

OBSERVATION VII

Euphémie T..., ménagère, entre à la clinique Tarnier (accouchement 1560-1911).

Antécédents héréditaires. — Mère, 14 enfants, il en reste 7 bien portants, les autres sont morts de convulsions.

C'est une IV-pare sans antécédents personnels intéressants. Réglée à treize ans. Elle eut un premier enfant à terme, siège décomplété, fille vivante. Un second, mort-né dans des circonstances que la parturiente ne peut nous préciser, ayant été anesthésiée. Un troisième enfant à la clinique Tarnier en 1909, pesant 4 kgr. 340 vivant, bien portant. Cette femme qui a un bassin de 10 cm. 6, a dû encore être endormie. Sa quatrième grossesse fut assez douloureuse. Elle entre à 10 heures ayant des douleurs depuis sept heures. Dilatation de 5 francs, membranes intactes, bruits du cœur bons, œdème très marqué de la

paroi abdominale et sus-pubien. Cette femme ne présente aucun signe de syphilis. Rien au cœur ni du côté de l'appareil rénal. Coliques hépatiques antérieurement à son entrée. L'utérus mesure du fond au bord supérieur du pubis, 52 centimètres. Déchirure ancienne du périnée. A 2 h. 1/2 en examinant la femme, la poche des eaux se rompt spontanément, la dilatation est presque complète. On mesure de nouveau l'utérus et on ne note plus que 46 centimètres. Efforts expulsifs, bruits du cœur bons. L'œdème croît de plus en plus, les parties génitales sont surtout intéressées, la vulve est violacée et présente sur la grande lèvre gauche des plaques ecchymotiques. A 5 heures, les contractions sont de plus en plus rapprochées. A 6 heures, la dilatation est complète. A 6 h. 20, M. Devraigne décide de faire une application de forceps sous chloroforme ; on fait une prise en gauche antérieure, on tire légèrement pendant qu'un aide fait de l'expression, la tête descend facilement, tourne en O P et se dégage facilement.

Ici commencent les difficultés, la tête reste collée à la vulve. On a beau abaisser et tirer, rien ne vient, on tourne à droite, la partie supérieure du tronc apparaît. Le dos est en transverse. Pendant tout ce temps, la femme est mise en position d'extension des jambes, L'enfant, pesant 5 k. 500, naît en état de mort apparente. On le ranime facilement par aspiration des mucosités bains chauds, bains froids.

A 7 heures, délivrance naturelle, membranes déchirées paraissant complètes. Poids 940 grammes. Immédiatement après l'accouchement, l'œdème vulvaire s'atténue très sensiblement. Poids 130.

A 7 h. 1/2, compression abdominale, 500 grammes de sérum. Pouls à 104. Liquide amniotique abondant (hydramnios).

OBSERVATION VIII

Juliette C..., trente ans, ménagère, entre à la clinique Tarnier (accouchement 1372).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une hernie étranglée. Mère vivante.

Antécédents personnels. — A eu la coqueluche et la rougeole dans l'enfance, une pleurésie à dix-sept ans, et depuis n'a jamais été malade.

En 1906, première grossesse à terme, enfant vivant. Application de forceps pour bassin rétréci dit-elle.

En 1907, deuxième grossesse menée à terme.

Depuis sept mois de cette troisième grossesse, la parturiente est venue quatre fois consulter, on lui assure que tout va bien.

8 septembre 1911. — A 4 h. 30 du matin, elle se présente à la clinique Tarnier ayant des douleurs depuis 3 h. 30.

A l'examen, on trouve une grossesse à terme, une tête mobile en GT, dilatation de 1 franc, membranes intactes, enfant vivant.

A 11 heures, nouvel examen, dilatation de 5 francs, membranes intactes, enfant vivant.

A 2 heures, la dilatation est presque complète, il existe encore un lambeau du col en avant.

A 2 h. 45, on ne sent plus le col en aucun endroit,

cependant, la tête reste dans la partie moyenne de l'excavation. La rotation est effectuée en OP, un peu d'expression abdominale fait descendre la tête sur le périnée. La tête se dégage assez facilement par expression périnéale, les épaules restent dans l'excavation, la femme est mise en travers du lit, on relève les jambes, on tire très bas et on voit l'épaule antérieure apparaître sous la symphyse, on termine alors facilement l'extraction d'un enfant du poids de 4.250 grammes qui naît étonné et avec une paralysie radiculaire du côté droit. On le ranime facilement par des frictions à l'alcool.

A 3 h. 1/2, délivrance naturelle et complète ; en même temps que le placenta, sortent d'énormes caillots, le toucher nous renseigne qu'il y a une déchirure du col filant jusqu'au cul-de-sac vaginal.

OBSERVATION IX

Louise H..., vingt-cinq ans, primipare. Entre à la clinique Tarnier le 14 août 1911. Ses dernières règles datent du 12 au 20 octobre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion cérébrale. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — A marché à dix-huit mois, réglée à quinze ans. Déviation de la colonne vertébrale, provenant d'une chute faite à deux ans.

On remarque, chez cette femme, une scoliose dorso-lombaire à convexité gauche. Elle fut, dit-elle, dans son jeune âge conduite à Berck et on la mit dans des appareils plâtrés jusqu'à dix ans. Elle fut opérée, par M. le

D^r Calot, pour mal de Pott intéressant sept vertèbres, depuis, elle n'a plus souffert et sa déviation ne s'est pas accentuée.

Elle vient consulter à la clinique le 14 août, est admise, on trouve un abdomen pendulum, le sommet est engagé en GA. Bruits du cœur bons. L'angle sous-pubien paraît assez ouvert, les épines sciatiques ne sont pas saillantes, on sent la corde tendue des releveurs.

24 août. — A 1 heure du matin, premières douleurs. A 2 heures, dilatation de 5 francs, tête engagée en GA, membranes intactes. L'utérus se contracte bien, mais l'obliquité de son axe, sur l'axe du bassin, rend les contractions inefficaces.

A 9 heures du soir, la tête est en OP, mais elle ne progresse pas. On fait une application de forceps après avoir mis la femme dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes. Tractions, dégagement d'une fille vivante du poids de 3.650 grammes, le périnée est intact.

A 9 h. 45, délivrance naturelle et complète du poids de 650 grammes.

OBSERVATION X

Joséphine C..., vingt-sept ans, ménagère, entre à la clinique Tarnier, le 5 septembre 1911.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts cardiaques.

Antécédents personnels. — Rien de particulier.

C'est une primipare, ses dernières règles datent du 10 novembre 1910.

A l'examen, on trouve un sommet engagé, un col fermé, les membranes intactes, les bruits du cœur bons.

Pendant toute la nuit, contractions espacées, mais douloureuses.

6 septembre. — A 9 heures le col est effacé. A 11 heures dilatation de 5 francs. A 10 heures du soir, dilatation entre 5 francs et une paume de main.

7 septembre. — A 9 heures du matin, dilatation complète, la parturiente fait des efforts expulsifs.

A 11 heures du matin, les bruits du cœur commencent à se modifier, la tête est dans l'excavation, n'ayant aucune tendance à tourner. Le liquide amniotique est fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur sont irréguliers et sourds.

A 11 h. 1/2, application de forceps, la femme étant anesthésiée. On constate un rétrécissement du détroit moyen et la saillie considérable des épines sciatiques. La position de la taille complétée par l'extension des jambes rend ici un réel service, car quelques tractions énergiques amènent un dégagement assez rapide. On examine les parties molles de la femme et l'on constate l'intégrité de la vulve et du périnée. Dans le vagin une déchirure de 5 centimètres correspondant à l'épine sciatique du côté correspondant. Une heure plus tard, délivrance complète du poids de 650 grammes. L'enfant du poids de 3.700 grammes présente une paralysie faciale gauche et une paralysie radiculaire du bras du côté correspondant.

OBSERVATION XI

Raymonde R..., dix-neuf ans, blanchisseuse, entre au dortoir de la clinique Tarnier le 14 décembre à 3 heures du soir et à la salle de travail à 10 heures.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant. Mère morte de congestion pulmonaire.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Réglée à quatorze ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Faiblesse vers dix ans.

C'est une primipare. Dernières règles du 4 au 8 mars 1910. Elle est à terme.

Examen. — Le squelette est normal, pas d'œdèmes, quelques varices des membres inférieurs. Grossesse normale sans accidents. Le matin du 14 décembre, elle perd les eaux, se rend à la clinique Baudelocque, d'où on l'envoie à la clinique Tarnier. On trouve au toucher un promontoire accessible à bout de doigt, une tête qui se fixe, en somme peu de début de travail. Le col est épais, dilatation 0 fr. 50, tête fixée en gauche. La poche des eaux paraît intacte. Les bruits du cœur sont bons. A minuit, état à peu près stationnaire, cependant la tête se fléchit davantage.

15 décembre. — A 6 heures du matin, même dilatation. A 10 h. 1/2, dilatation entre 2 et 5 francs. Bosse séro-sanguine, tête engagée en G. A., bruits du cœur bons.

A midi, dilatation de 5 francs. Bosse séro-sanguine volumineuse, chevauchement considérable des os.

A 1 h. 1/2, dilatation complète ; la période expulsive

dure de 2 h. 15 à 3 h. 40. Expulsion spontanée d'un garçon vivant, pesant 3.470 grammes. Pendant la période d'expulsion, la femme est mise dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes,

A 5 h. 20 du soir, par le toucher, on constate que le placenta est dans le col. Délivrance naturelle complète du poids de 520 grammes par expression et traction modérée.

OBSERVATION XII

Thérèse S..., vingt-six ans, lingère, entre à la clinique Tarnier le 3 janvier 1912, ses dernières règles sont du 9 au 12 avril 1911.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — A marché à dix-neuf mois et progressivement se révéla une luxation congénitale de la hanche.

A deux ans, coqueluche.

A dix ans tumeur blanche du genou droit, traitée par des pointes de feu et par l'immobilisation dans un appareil plâtré, guérie actuellement, sans ankylose, il existe tout au plus une limitation de flexion. Elle fut soignée pendant trois ans chez le Dr Ménard, à Berck-sur-Mer, pour sa hanche, on la mit dans un plâtre.

C'est une femme de 1 m. 66 de taille, la hauteur de la tête est de 21 centimètres, on ne note pas de déviation de la colonne vertébrale. Aux membres inférieurs, on constate un raccourcissement les talons réunis, on se rend compte que le raccourcissement porte sur le segment

fémoral à gauche. On sent la corde des adducteurs très tendue, tout mouvement d'abduction est impossible. Au niveau du pli inguinal, on ne sent pas la tête fémorale. D'autre part, le sommet du trochanter dépasse de 5 centimètres la ligne de Nélaton-Rosér.

Du côté droit, les mouvements de flexion et d'extension sont normaux, les mouvements d'abduction sont très limités, presque nuls.

En examinant la femme debout, le raccourcissement était corrigé par un équinisme du pied gauche. Enselure lombaire très peu marquée. Bassin antéfléchi. La fesse gauche est abaissée et beaucoup plus saillante que la droite, le trochanter fait en particulier une saillie très marquée.

On sent au-dessus la tête fémorale facilement perceptible. Le losange de Michaëlis ne peut être délimité. Les masses musculaires sont peu développées mais il ne paraît pas y avoir atrophie plus marquée d'un côté que de l'autre.

Membres inférieurs.

Demi pli de l'aine au plan du sol, 88 à droite, 82 à gauche.

Demi pli de l'aine à la rotule : 42 à droite, 38 à gauche.

De la rotule au plan du sol : 46 à droite, 46 à gauche.

De la crête iliaque au sommet du trochanter, 14 à droite, 8 à gauche.

Grossesse actuelle. — Vomissements au début, assez graves pour que son médecin songeât à interrompre la grossesse. Elle entre à l'hôpital Beaujon en juin où elle reste quatre jours en traitement. On l'alimente avec du

lait glacé. Rentrée chez elle, elle reste au régime lacté, mais continue à vomir presque chaque matin.

A l'examen on constate un promontoire qui est bas, assez saillant, accessible à 9 cm. 8. Les os paraissent minces.

8 janvier. — A 8 heures du matin col en voie d'effacement. A 4 heures du soir il est complètement effacé, la dilatation est de 0 fr. 50, la tête est très descendue.

13 janvier. — Dans la nuit, rupture de la poche des eaux, pas de douleurs. Bruits du cœur bons. A 5 heures du soir les contractions utérines douloureuses apparaissent. Dilatation entre 2 et 5 francs.

A 11 heures, dilatation presque complète. Bruits du cœur bons.

A 11 h. 1/2 dilatation complète. La femme est mise dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes.

A 12 h. 50, accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 4.200 grammes. Difficultés pour le passage des épaules. On avait fait au préalable une épisiotomie latérale gauche.

A 1 h. 20, délivrance naturelle et complète. Poids du placenta 530 grammes. La femme sort le 25 janvier bien portante. Enfant en très bon état.

OBSERVATION XIII

Lucie H..., vingt-cinq ans, lingère, entre au dortoir de la clinique Tarnier le 23 février 1912.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère morte à la ménopause.

Antécédents personnels. — A toujours bien marché. Réglée à onze ans et demi, régulièrement. N'a jamais été malade.

Les dernières règles sont du 20 au 25 mai. La grossesse a évolué normalement.

23 février. — A 10 heures du matin le sommet est engagé en G.A., la dilatation est de 2 francs, les membranes sont rompues, bruits du cœur bons. Les contractions sont fréquentes.

A 4 heures du soir, dilatation complète, l'enfant rend du méconium, les bruits du cœur sont bons.

Vers 5 heures la femme ne pousse pas, d'ailleurs les contractions s'espacent.

A 5 h. 1/2, pas de progrès, les bruits du cœur sont toujours bons.

A 6 heures la rotation est faite en O.P., les bruits du cœur deviennent sourds.

A 6 h. 1/2, M. Chirié décide de faire terminer l'accouchement par une application de forceps. Il constate en outre une saillie très marquée des épines sciatiques et le rétrécissement du *bis-ischiatique*.

Il fait mettre la parturiente dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes. Après anesthésie on applique le forceps en O.P. On éprouve au début une certaine résistance, mais les épines sciatiques franchies, la tête est facilement déféchie par expression périnéale. On fait une épisiotomie à gauche, le périnée menaçant de se déchirer.

Extraction d'une fille vivante du poids de 2.900 gr.

Suture de la plaie vagino-périnéale.

Délivrance naturelle et complète.

OBSERVATION XIV

Germaine G... dix-huit ans, lingère, entre à la clinique Tarnier le 26 avril 1912 dans le courant de mars, elle était venue consulter parce qu'elle toussait. A l'auscultation, on avait noté une légère submatité des deux sommets en arrière et un peu de rudesse de l'inspiration.

15 mars. — État général se maintient bien, elle a cependant maigri de 1000 grammes en deux jours.

20 mars. — On commence une série de piqûres de cacydylate de soude.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Scarlatine à douze ans. Sujette aux bronchites. A toujours été bien réglée, mais abondamment.

29 mars. — Elle sort sur sa demande.

A son entrée le 26 avril, elle nous rapporte que depuis sa sortie elle n'a pas travaillé, a eu de fréquentes faiblesses, peu d'appétit. On l'examine, on trouve un utérus à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Présentation du sommet, dos à droite, bruits du cœur bons.

Au point de vue pulmonaire, même état des lésions.

23 mai. --- Bon état général, ne tousse plus depuis un mois, a augmenté de poids, mais a de nouveau perdu 2 kilogrammes en deux jours. Sommet engagé en G A. Bruits du cœur bons.

5 juin. — On trouve une dilatation de 2 francs, bruits du cœur bons.

A 11 heures, la dilatation est complète. On invite la femme à faire des efforts expulsifs, la tête apparaît à la vulve.

A 11 heures 1/2, la tête ne sort pas, les bruits du cœur sont sourds, l'enfant rend son méconium. M. Lemeland fait une application de forceps, prise directe, la femme étant mise dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes. Sans peine on dégage la tête en O.S. Extraction d'un garçon vivant, du poids de 2 kgr. 820 le périnée est intact.

A midi 10, délivrance naturelle et complète du poids de 450 grammes.

CONCLUSIONS

1° On peut agrandir le détroit moyen et le détroit inférieur pendant l'accouchement en mettant la femme dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes et une légère abduction des cuisses;

2° Cette position ne sera qu'une position de nécessité; elle trouvera ses indications dans le cas de bassins rachitiques à épines sciatiques saillantes, bassins cyphotiques et bassins rétrécis au détroit inférieur, présentations du front, gros enfants (dystocie des épaules).

Vu : le Président de thèse,

P. BAR

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Historische Gemälde der Lage und des Zustandes des weiblichen Geschlechts unter allen Völkern Eude (Tableau historique des positions et circonstances des fonctions féminines chez tous les peuples de la terre).
- ABLAINCOURT (D'). — Réflex. sur le Deventer. Paris, 1703, p. 117.
- AÉTIUS. — Tetrabiblos, IV, serm. IV, caput XXII.
- AHLFELD. — Lehrbuch der Geburtsh. z. wissenschaft. u. praktisch ausbildung., etc. Leipzig, 1894, p. 280 (Traité d'accouchements, etc.).
- AKAKIA (M.). — De morb. muliebr., lib. II. Paris.
- ALBERT. — Recherches et obs. sur la mort des nouveau-nés par hémor. des vaisseaux ombilicaux et du placenta (Chute de l'enfant dans les accouchements précipités).
- AMAND. — Nouvelles observations sur la pratique des accouchements.
- ANDURANT. — Etude sur l'obst. en Occident pendant le Moyen âge et la Renaissance. Dijon, 1892.
- ANDRIEUX (Brioude). — Histoire des accouchements (Ann. d'Obst., 1842, t. I, p. 58, 129).
- ANGERMANN. — De conatum pariardi regimine. Leipzig. 1756, in Schlegel.
- ARNAUD (Pierre). — Nouvelles observations sur la pratique des accouchements. Paris, 1713.
- ASTRUC. — L'Art d'accoucher réduit à ses principes, 1765.
- AUDEBERT. — Les Accoucheuses de Toulouse vers 1781.

Doc. pour servir à l'histoire de l'obstétrique au XVIII^e siècle (Arch. méd. de Toulouse, 1904, t. X, p. 525-531).

AUGIER-DUFOT. — Catéchisme sur l'art des accouchements, 1775.

AUVARD. — Trav. d'obst. Paris. 1889, t. 1 (Traité pratique des accouchements, 3^e éd., 1894).

AVELIN. — English Midwives (Sages-femmes anglaises). Londres, 1872.

BACH. — Thèse de Strasbourg, 1832.

BALANDIN. — Tagebl. der deutsch. Naturf. Versammlung, in Kostoch, 1871.

— Ueber die Beweglichkeit der Bechengelenke Schwanger, etc. (Klin. Vorträge, 1883).

BAR (Paul). — Influence de la position de la femme, sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin. Compte rendu au Congrès d'Amsterdam, 1899.

— Leçons de pathologie obstétricale, 1900.

— Evolution de l'obstétrique en France, in Obstétrique, janvier 1911.

BARKEV (Fordice). — On effort to Shorten., in Amer. Jour. of. Med. Sc., 1862 (Effort pour raccourcir et diminuer la douleur du premier temps du travail).

BARNES. — Traité théorique et clinique d'obstétrique, trad. Cordes. Paris, 1886.

BAUDELOCQUES. — Principes sur l'art des accouchements. Moreau. Paris, 1838.

BIRBHAUM. — Die regelmänige Geb., etc. Berlin, 1862. (L'Enfantement normal chez l'homme et ses soins.)

BOERHAVE. — De conceptu, n° 685.

BOISSARD. — De la forme de l'excavation. Thèse de Paris, 1884.

BONNAIRE. — Traité d'accouchements de Tarnier et Budin, t. III.

- BONNAIRE et BUÉ. — De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin. Rapp. Cong. int. d'Obst. et de Gynécol. Amsterdam, 1899.
- BONNEMAISON. — Des Accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications. Thèse de Paris, 1878.
- BOURGEOIS (Louise). — Observ. diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements, 1608.
- BOURSIER DU COUDRAY (LE). — Abrégé de l'art des accouchements. Paris, 1777.
- BRUDENELL EXTON. — New system of. Medw. London, 1751.
- BUDIN. — Des Lésions traumatiques. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.
- BUDIN et CROUZAT. — Pratique des accouchements. Paris, 1891.
- BURDACH. — Precip. Gebucht. Berlin, 1840.
- BURGEVIN. — Consid. génér sur les soins que réclame l'état de la femme pendant et après l'accouchement naturel. Thèse de Paris, 1821.
- BURTON. — Essay towards a Compleat. Syst. of Midw., traduct. Lemoine. Paris, 1871.
- Système nouveau et complet de l'art des accouchements.
- CALDERINI. — Sull. incliz. del bacino... solto l'aspetto ostetrico gin. XI^e Cong. méd. intern. de Rome, 1895, vol. V, p. 418.
- CAMERARI (Rudolph). — In Anecdotes de méd. par Dumouchams. Lille, 1766.
- CANTIN. — Relâchement des symphyses et arthralgies pelviennes. Thèse de Paris, 1899.
- CAPURON. — Tableau histologique de l'art des accouchements. Paris.
- Méd. légale relative à l'art des accouchements, Paris, 1821.

- Cours théorique et pratique d'accouchement, 3^e édit. Paris, 1823.
- CASPER. — Traité pratique de méd. légale. Paris, 1862.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique des accouchements. Paris, 1856.
- Traité théorique et pratique des accouchements. Paris, 1883.
- COLSE. — De Medicina, tit. VII, caput. XXIII et XXIX.
- CHAILLE. — Dissert. sur la conduite de l'accoucheur pendant le travail de l'enfantement. Thèse de Paris, 1829.
- CHAILLY. — Traité de l'art des accouchements, 1842.
- CHAPMANN. — Essay of Midwifery. London, 1733.
- CHAPMANN (E.). — Abrégé de la pratique des accouch. 1735.
- CHARLES. — Cours d'accouchement donné à la maternité de Liège. Paris, Liège, 1903.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouch. Paris, 1889.
- L'Obstétrique au Japon (Arch. de Tocologie, 1879).
- L'Obstétrique au Siam (Union médicale, 1882),
- CHAUSSIER. — Considérations sur les soins qu'il convient de donner aux femmes pendant le travail. Paris, 1824.
- CHEREAU. — Art « Obstétrique », du Dict. encyclop. des Sc. méd. (Dechambre), t. XIV, p. 72.
- Les Six couches de Marie de Médicis racontées par L. Bourgeois.
- CHAILLY. — Traité de l'art des accouch., 1842.
- CLÉMENT. — L'Art doit-il intervenir dans les accouch. naturels et quelle part doit-il y prendre? Thèse de Paris, 1829.
- COLIEZ. — Quelques considérations médico-légales sur les accouchements inconscients et sans douleurs. Thèse de Paris, 1898-1899.
- COLLET. — De l'Accouchement spontané rapide et de

l'impulsion imprévue du fœtus. Thèse de Paris, 1904.

CORRE. — Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale. Paris, 1885.

CRÉDÉ. — Klinische Vorträge über Geburtskunde.

CROUZAT. — De la Mensuration du diamètre promontopubien minimum. Thèse de Paris, 1881.

CURRIER. — Med. Record, février 1897.

DAUYAU. — Fracture du crâne dans les accouchements spontanés (Journ. de Chirurg. Paris, 1843).

DELEURGE. — Traité en faveur des sages-femmes, 1770.

DELORE et LUTAUD. — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1883.

DELUIS. — Quelques remarques pour rendre l'accouchement plus facile, 1760,

DEUMANN. — An Essay on Natural Labour, 1786.

DEPAUL. — Leçons de clinique obst. Paris, 1872, p. 344 et 311-313.

— Un Accouchement dans la rue (Journal des sages-femmes, 1882).

DÉSORMEAUX et DUBOIS. — Art « Accouch. » du Dict. de méd. ou répertoire des Sciences méd., 1^{re} édit., 1821, 2^e édit., 1832.

DEVENTER. — Obs. import. sur le manuel des accouch., 1734. Novum lumen, obs. C... XXXVIII.

DEVERGIE. — Art. Infanticide du Dict. de méd. et de chirurg. prat., 1829.

DEZEINERIS. — Art. Accouch. du Dict. hist. de la méd.

DICKINSON. — Amer. J. of Obs., 1898, p. 791 et 1899, p. 751.

DIDELOT. — Instruct. pour les sages-femmes, 1871.

DORNSEIFF. — Positions sur les genoux (Journ. de Bruxelles, 1861).

DOUGLAS (G.). — A short Account of the Success of Med. in London and Wester.

DUNCAN (Math.). — Contribut to the mecanism of parturit.

- Traduct. Budin (Mécanisme de l'accouch., 1876, p. 68 et suiv.).
- DUGES. — Art. Accouch. du Dict. de méd. et de chirur. prat., 1829.
- DUSSE. — Ad restituendam utero elasticitatem et robur, etc. (Hist. de l'Acad. royale, 1724).
- EIFER. — L'Obst. chez les sauvages (Avenir méd. et thérap., avril 1905).
- ENAUULT. — Diss. sur la conduite de l'accouch. pendant le trav. de l'enfant. Thèse de Paris, 1821.
- FARABEUF et VARNIER. — Partie gén. du canal pelvi-génital (Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1891).
- Introd. à l'étude clinique des accouchements. Paris, G. Steinheil, 1891.
- FARABEUF. — Dystocie du détroit sup. mécanisme (Gaz. hebd. de méd. Paris, 1894).
- Mécanisme de l'accouch. (Normandie méd. Rouen, 1894).
- FAUST (B.-Ch.). — Güter Cath. au Frauen... (Bon conseil aux femmes avec un écrit de Boltiger sur les accouch. des anciens, et un fragment du catéchisme des sages-femmes chinoises Hanor, 1891).
- FEHLING. — Ueber verwendung der Hangelage nack Walchers, etc. (Sur l'emploi de la posture de Walcher), 1894.
- FELKIN (Rob.). — Edimburg med. Journ avril 1884. Note ou Labour in central Africa. J. (l'Homme, 1884).
- FILHASTRE. — Essai sur la situat. de la femme dans le trav. de l'accouch. Thèse de Montpellier, 1816.
- FISCHER. — Vade mecum d'Obst. et de Gynéc. Paris, 1902.
- FOTHERGILL. — A clinic. note on the Advantages of Walcher's pos. in delivery (Edimburg med. Journ. Luglio, 1895).
- FOURNIER. — L'Accoucheur méthodique.
- FRANKEL. — Posit. sur les genoux (Berlin Klin. Wochens., 1871).

- FRANZ (Jo-Geo-Fried). — *Archeologia artis Obst. et puerperii* Leipzig, 1784.
- GARDIEN. — *Traité complet d'accouch. et de mal. des filles.* Paris, 1816.
- GIRON. — *Attitude des parturientes.* Thèse de Paris, 1906-1907, n° 226.
- GONNET. — *Du triangle de dégagement.* Thèse de Lyon, 1903-1904.
- GOODEL. — *Some ancientes Method of delivery* (American Journ. of Obst., 1871-1872-1886,
- GOUKTCHEFF (Imanoff). — *Pratique des accouch. en Bulgarie.* Lille, 1899.
- GRAU. — *Cubiliū sedeliūque usui obstetricio inser-vient recentiss conditionem ac statum exponit.,* 1771 (*Usage obstétrical des chaises et lits*).
- GUILLEMOT. — *Des opérations.* Chap. III « Des Accouchements », liv. II, chap. V.
- GUILLEMEAU. — *Traité de l'heureux accouchement*, 1609.
— *De la grossesse et de l'accouchement des femmes*, 1621.
- GUNZ (Just-God). — *Diss. de commodo parientium situ,* 1742.
- HAMONIC. — *Une chaise d'accouchement au XVIII^e siècle* (*Revue clin. d'Andr. et de Gyn., t. VIII, Paris, 1902*).
- HIPPOCRATE. — *Œuvres complètes* (traduct. Littré. Paris, 1839-1861), t. VII, p. 455 et s. ; t. VIII, p. 72 et s. ; liv. I : *Des Maladies des femmes*.
- HOHL. — *Lerbuch des Geburtsh* (traité d'Obst.). Leipzig, 1862.
— *Ueber Lageund Lagerung der Kreissenden* (*Situation et attitude des parturientes*), in *Deutsche Klinik*, 1869.
- HORNUNG (Cl.). — *De parturientium situ.*
- HUBERT. — *Cours d'accouch.,* 1869.
- HUPPERT. — *Central für Gynec.,* 1898, n° 44, p. 1220.

- HUREAU DE VILLENEUVE. — De l'Accouch. dans la race jaune. Thèse de Paris, 1863.
- IMBERT. — Accouchement de Thamar. Lyon, 1846.
- JAKSON. — Caution's to women respecting the state of pregnancy, the progress of labour and delivery. London, 1898.
- JARDINE. — Glasgow. Med. Journ., avril 1897.
- JOHNSON. — A New syst. of. Midwif. 1796.
- JOUGES. — De l'Aggrandissement non sanglant du détroit inférieur, 15 mars 1908.
- JOSEPHI. — Ueber die Haltung u. Lagerung der Keisend (Maintien et posture des parturientes). Rostok, 1842.
- JOULIN. — Traité d'accouchement.
- KILIAN. — Die Geburtslehre, etc. T. I. S., p. 179, 1847.
- KIPROFF. — Contrib. à l'étude des accouch. par surprise. Thèse de Paris, 1903-1904.
- KLEIN (G.). — Zur Mechanik des Ileosacralgelenkes (Mécan. des art. sacro-iliaques.), 1861.
- KORSCH. — Thèse de Saint-Pétersbourg, 1881.
- KOTELMANN. — Die Geburtsh. bei den alten Hebräern aus des Alttestamente (l'Obstétrique de l'ancien Testament). Marburg, 1865.
- KUSTER. — Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke, etc., etc. (Sur la mobilité des articul. pelv.), p. 257 1895.
- LABORIE. — Etudes sur le bassin. Rôles des symphyses pendant l'accouch. (Gaz hebdom. de méd. de Paris. 1862. Bulletin de l'Acad. de méd., 1862).
- LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des accouch., publiée par Duges, 1825.
- LATORRE. — La Posizione a gambe pendante, 1898, p. 217.
- LEGROS. — Lettres obstétricales (Gaz. des Hôpit., 1864).
- LÉOPOLD. — Congrès de Rome, 1894.
- LEROY (Alph.-L.-V.). — La Pratique des accouch. Paris, 1776.

- LESURE (de Renwez). — Cas de dystocie (Gaz. des Hôp., n° 23, 25 fév. 1864, p. 92).
- LEVRET. — L'art des accouch. démontré par des principes de phys. et de mécanique, 1751, 3^e éd., 1766.
- Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés de l'art des accouchements. Paris, 1766.
- LEYNSCKE (Ch. Van). — De l'Obstétrique chez les Juifs (Ann. de la Société de méd. de Gand).
- LITZMANN. — L'Accouchement dans les rétrécissements du bassi (traduct. Thomazet). Lyon, 1889.
- LUDWIG. — Warum lässt man die Frauen in den Rückenlagen Gebären (Pourquoi laisser accoucher les femmes en décubitus dorsal?).
- LUNET DE LA JONQUIÈRES. — Ethnographie du Tonkin septentr., cité in France méd. (Rites et coutumes de l'acc. par Dayot, 25 fév. 1907).
- LUSCHKA. — Die Kreuz Darmbeintuge und die Schambeinfuge (Articul. sacro-iliaques et publiennes).
- MARIOTON. — Étude statistique de l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, in Obstétrique, octobre 1910.
- MATTER (A.). — La Maternité et l'obstétr. chez les anciens. Hébreux. Paris, 1857.
- MAYGRIER. — Nouveaux éléments de la science et de l'art des acc. Paris, 1817.
- MAURICEAU. — Observ. sur la grossesse et l'acc. des femmes, 1695. Des maladies des femmes grosses. Paris, 1718.
- MEUZER. — De Sellæ Obstetricial usu et optima ejus forma. Gœtting, 1812.
- MESNARD. — Guide des accoucheurs. Rouen.
- MEYER. — Arch. f. anat. med. Entreichelungs geschichte. Leipzig, 1878.
- Recherches hist. sur la prat. de l'art des accouch. à Bruges, depuis le xvi^e siècle jusqu'à nos jours. Bruges, 1843.

- MICHAELIS. — Recherches hist. sur les accouch. en Pologne depuis l'origine jusqu'à nos jours. Wilna, 1811.
- MILLOT. — De l'Obstétrique en Italie. Paris, 1882.
- MOSCHION. — De Muliebrum passionibus. De Mulieribus affect.
- MOREAU DE LA SARTHE. — Hist. natur. de la femme, 1903, p. 511.
- DE LA MOTTE (Guill. Mauquest). — Traité complet des accouch. naturels, non naturels et contre naturels, 1721,
- NOEGELÉ et GREUSIR. — Traité prat. de l'art des accouch. Paris, 1880.
- OSSIAN. — Position sur les genoux (Ann. de la Société méd. d'Anvers, 1861).
- OSSIANDER. — Abhandlungen über die Franzos Geburtsh. von dem Nutzen und der Bequemlichkeit der Steinschem Geb. (Dissertation sur l'utilité et la commodité des chaises d'accouch.). 1790. Geburtsstühle oder Besch in Abhandl. des Geburtsstuhles (Position de l'accouchement ou description des chaises d'accouchement), 1820.
- OSSIEUR. — De la Position sur les genoux et les coudes considérée au point de vue tocologique (Ann. de la Société méd. d'Anvers, 1851).
- PARÉ (Ambroise). — De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants du ventre de leur mère. 1573 (Œuvres complètes. Paris. 1840-1841. liv. XXIV, ch. XXII; liv. XXXIV, ch. XXXVI).
- PHENOMENOW. — Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn., t. VII, p. 254.
- PINARD. — Rapport au Congrès internat. des Sc. médicales. Rome, 1894, in Ann. de Gynécol. et d'Obst. Paris, 1894. Notice sur les titres et travaux scient. Paris, 1889 (Ann. de Gynécol. et d'Obst. 1899, t. LII, p. 47).
- PINARD et VARNIER. — Etude de l'anat. obst. normale et path. Paris, 1892.

- PINEAU (Séverin). — Opuscles d'anatomie et de physiologie.
- PINZANI. — La Position de Walcher (Atti della Soc.ital.di Ost. e Ginec., vol. V. Rome, 1898, p. 3).
- PLOSS. — Ueber der Lage und Stellung der F. Während der Geburt (Sur l'attitude de la femme pendant l'accouchement). Leipzig, 1872.
- POTOCKI. — Exp. titr. scientif. Paris, 1892.
- RANAIO — Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouch. Thèse de Paris, 1902.
- RAPOSO (Bettencourt). — A posicao de Walcher. Lisbonne, 1900.
- REMY. — Arch. de Tocologie, 1894.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'Obst. Paris, 1904.
- ROOY (Van). — Quelques remarques à propos du mémoire de Devraigne et Descomps (Obst., juin 1910).
- SCHRÖDER. — Uebersicht de Geburtshülfflichen Werkenger und apparate (Examen des instruments d'accouchement et appareils). Erlang, 1810.
- Traité d'accouch. Trad. Charpentier.
- SIEBOLD (E.-G. Von). — Ueber ein bequemes einfalus Kissen zur Erlichterung der Geburt (Sur un coussin commode et simple pour soulager l'accouchement). Berlin, 1818.
- SMELLIE. — Traité théorique et pratique des accouchements, 1754.
- STEIN. — Kürze Beschreibung einer newen Geburtshul und Bettes (Description d'une chaise à accoucher et d'un lit). Cassel, 1772.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouch. Paris, 1882, 1891.
- VERRIER. — Des différentes postures de la femme pendant le travail (Bulletin de la Société obst. et gyn. de Paris, 1885).
- Classificat. des postures obst. (Bulletin de la Société obst. et gyn. de Paris, 1886).

- WALCHER. — Central. f. Gyn., 1889, n° 51, p. 892, 1893.
WEHLE. — Central. f. Gyn., 1894, t. XLV, p. 323.
WIDAL. — Les accouchements chez les anciens Hébreux
(Gaz. hebdomadaire, 25 mai 1877).
WIGAUD. — Ueber die geburtsstechte und lager (Chaises
et lits d'accouchements).
WITTING. — Agli inconvenienti della pos. des Walcher
(Chir. med. Pisa, 1902 ou Archiv. de Gynéc.
Napoli, 1902, vol. LII).
WITKOWSKI. — Histoire des accouch. chez tous les
peuples. Paris, 1887.
ZAGLAS. — Monthly Journal of. Med. Science, sept. 1851.

264

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

